Prof. Dr. ADAM CZYŻEWICZ

Kierownik Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

PÓŹNE NASTĘPSTWA PORONIEŃ.

(Według odczytu na międzynarodowych kursach dokształcających dla lekarzy w Karolowych Varach, w dniu 16 września 1931).

Czasy, jakie nastąpiły po ostatniej wielkiej wojnie światowej, mają w położnictwie i ginekologji swoiste znamiona. Ze wszech stron napływają doniesienia, że mnożą się coraz bardziej przypadki ciąży pozamacicznej, wtórnej bezpłodności, przedwczesnego zaniku narządu rodnego kobiety i przedwczesnego przekwitania, tak, że sprawy te stają się jednym z najbardziej palących zagadnień nowoczesnych. Lekarze chorób kobiecych spotykają coraz to częściej u swoich pacjentek sprawy zapalne, które wykazują całkiem szczególny przebieg, nie dający się pogodzić z ogólnie przyjętemi zapatrywaniami. Są to przewlekłe zapalenia przydatków macicy, ograniczające się początkowo prawie wyłącznie na jajowody, później zaś obejmujące całe przydatki. Chore podają stale, że ich dolegliwości rozpoczęły się całkiem niepostrzeżenie i narastały powoli, nie wykazując nigdy charakterystycznych cech stanu ostrego, silnych bólów i gorączki. Powyższy przebieg nasuwa przedewszystkiem myśl o gruźlicy, której jednak przyjąć nie można, gdyż nie znajduje to potwierdzenia w spostrzeżeniach klinicznych, ani też w doświadczeniach uzyskiwanych codziennie z przebiegu operacji lub sekcji. Tak samo nie wytrzymuje krytyki myśl, jakoby zapalenia te przechodziły z bezpośredniego sąsiedztwa, bo tu nie odnajduje się wogóle żadnych zmian zapalnych.

Fakty powyższe wymagają koniecznie wyjaśnienia przedewszystkiem z tego względu, że wspomniane przewlekłe zapalenia przydatków są właśnie powodem poważnych schorzeń, o których mówiłem we wstępie niniejszej pracy, powtóre dlatego, że zwiększenie częstotliwości tak jednych, jak drugich stoi bezsprzecznie w ścisłym przyczynowym związku ze sobą. Wreszcie i z tego względu muszą przypadki przewlekłych zapaleń przydatków być wyjaśnione, że bez znajomości ich pochodzenia nie może być mowy o żadnym zapobieganiu.

Przyjmują do dziś dnia bezsprzecznie, że stany zapalne przydatków są w bardzo poważnym odsetku następstwem rzeżączki, określają nawet częstotliwość tego związku przyczynowego cyfrą około 90%. W pewnej liczbie przypadków związek ten nie jest wyraźny z powodu występowania zapaleń bezpośrednio po porodzie lub poronieniu, zazwyczaj jednak i tu stwierdzają, że sprawa porodowa pchnęła tylko rzeżączkę ku górze, stając się tem samem bezpośrednim powodem postępu choroby, ale nie jej właściwą przyczyną. Prawdziwe zapalenia połogowe przydatków wcale nie są częste i rozwijają się raczej w przymaciczach, do których gronkowce i łańcuszkowce większe widocznie mają powinowactwo.

Ponadto trzeba zauważyć, że tak sprawy połogowe, jak zapalenia przypadków na tle rzeżączkowem, wykazują prawie zawsze ostre nasilenie choroby, po którem dopiero następuje jej długi stan przewlekły. To zaś nie zgadza się zupełnie z wyżej opisanym przebiegiem tych schorzeń, które są tematem naszego spostrzegania.

Pomimo wszystkich powyższych zarzutów, musi się jednak aż do udowodnienia przeciwnego zdania przyjmować, że chodzi tu rzeczywiście o rzeżączkę, co łączy się z nadzieją, iż zwycięska walka z chorobami płciowemi powinna wpłynąć wyraźnie dodatnio tak na przebieg omawianych swoistych zapaleń, jak też i na częstość ich następstw, wymienionych we wstępie. Dużo tu włożono pracy i dużo zrobiono, dążąc przedewszystkiem do opanowania rzeżączki. Pomimo tego jednak nietylko nie zdołano wpłynąć na zmniejszenie się omawianych stanów zapalnych, ale przeciwnie stwierdzić trzeba coraz to większe narastanie ich liczby. Dowód to oczywisty, że nie postępujemy właściwą drogą.

Od dawna byłem tego przekonania, brakowało mi jednak dowodów, by uzasadnić zapatrywanie wręcz przeciwne powszechnie przyjętemu zdaniu. Dopiero prace asystenta mojej Kliniki Zawodzińskiego[1]), przeprowadzone wspólnie ze Szwojnicką[1]), rzuciły pęk światła na cały zawiły problem. Jasnem jest więc, że obowiązany jestem przedstawić tutaj pokrótce ich wyniki.

Jest rzeczą powszechnie znaną, że gonorekcję, opartą na zasadzie odczynu Bordet-Gengout, odnajduje się prawie zawsze w pełnym rozwoju rzeżączki, że trwa ona stosunkowo długo i że jest obecnie jednym z najpewniejszych sposobów potwierdzenia klinicznego rozpoznania trypra. Jej zgodność z prawdą wynosi około 95%. Wprawdzie po długim okresie trwania choroby zanika ona powoli, tak, że wynik ujemny nie może być uznany za dowodowy, można jednakże przyjąć z wszelką pewnością, że wynik dodatni prawie nie może być

---

[1]) Medyc. dośw. i społ. T. XII. Z. 3—4 i Gynéc. et obstétr. T. XXIII. Z. 6.

inaczej tłumaczony, jak tylko istnieniem jeszcze czynnej rzeżączki. Stąd jest także rzeczą pewną, że w każdym przypadku omawianego schorzenia znajdzie się zawsze czas, w którym odczyn wypadnie dodatnio i że czas ten odpowiada pełnemu rozwojowi choroby, względnie jej powikłań.

Gdybyśmy zatem przyjęli, że przewlekłe zapalenie macicy i jej przydatków jest następstwem działania dwoinek rzeżączki, to z konieczności rzeczy musielibyśmy także przyjąć, że gonoreakcja wystąpi w przebiegu tych schorzeń conajwyżej tak często, jak w pełnym rozwoju trypra. Byłoby rzeczą prawdopodobną, że tu i owdzie wypadnie odczyn ujemnie, choć nawet rzeżączka była niewątpliwą przyczyną, gdyż w wielu razach są to przypadki bardzo już dawno trwające. Natomiast jest zupełnie niemożliwem, by gonoreakcja występowała częściej w przebiegu przewlekłych zapaleń na tle tryprowem, aniżeli w schorzeniach ostrych w ich pełnym rozwoju. Inaczej mówiąc, nie do przyjęcia byłoby zapatrywanie, jakoby więcej zapaleń przewlekłych przydatków mogło być spowodowane rzeżączką, jak zapaleń ostrych tego samego narządu.

Badania nasze wykazały jednak, że w powołanych przypadkach odczyn na dwoinki N e i s s e r a występuje znacznie rzadziej dodatnio, aniżeli to ogólnie podają. Całe szeregi kilkuset przypadków świeżych zapaleń przydatków, brane bez wyboru, wykazują zaledwie około 42% dodatniej gonoreakcji. Jest to dowodem, że zapalenia przydatków badane w swym pełnym rozwoju, kiedy najłatwiej stwierdzić ich pochodzenie, nawet w połowie nie są pochodzenia rzeżączkowego, ale z innych powstają przyczyn. Skoro zaś tak wygląda stan rzeczy musi się przyjąć w konsekwencji, że co najwyżej ta sama częstotliwość odnosi się także do późnych, zaniedbanych przypadków. Stwierdzenie tego faktu podcina w wysokim stopniu powszechnie przyjęte przekonanie, że rzeżączka jest powodem owych przewlekłych zapaleń przydatków, które przyczynowo prowadzą do ciąży pozamacicznej, bezpłodności, przedwczesnego przekwitania i t. d. Z tą chwilą jednak musi się szukać innej etjologji.

W wywiadach odnośnych przypadków zwracają uwagę przebyte poronienia i to tak sztuczne, jak samoistne, przebiegające dobrze, lub też wykazujące powikłania lekkie albo i ciężkie. Mimowoli budzi się myśl, że może one właśnie są powodem późniejszych zapaleń przydatków w tym sensie, że poronienie jako takie zapoczątkowało chorobę, która później rozwijała się od początku w sposób przewlekły, bez ostrych objawów, która na swój rozwój potrzebowała długiego czasu, tak, że nie widać bezpośredniego związku między nią, a poprzedzającem ją przerwaniem ciąży i która dopiero po miesiącach lub latach wywołała

pierwsze objawy podmiotowe. Byłoby to zatem późne następstwo poronienia w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Spróbuję na tem miejscu omówić charakter i szczegóły przebiegu właśnie tych późnych następstw i udowodnić ich możliwość, mechanizm powstawania i przebieg. Pomijam skutki bezpośrednie, jak zakażenia połogowe ogólne albo miejscowe, gdyż te są tak powszechnie znane, że nie wymagają żadnej szczegółowej wzmianki. W odniesieniu do pierwszych dało mi spostrzeganie kliniczne już przed kilku laty szczegółowo zarysowany obraz odrębnej jednostki chorobowej, który mogłem przedstawić w roku 1925 [1]) i poddać pod obrady polskich lekarzy i prawników, zastanawiających się nad ustaleniem wskazań do sztucznego przerwania ciąży. Chciałbym i tutaj przedstawić je w ogólnych zarysach.

U zdrowej ciężarnej przerywa się ciąża sztucznie albo samoistnie. W pierwszym przypadku rozszerza się szyję macicy i jednoczasowo wydobywa jaje, co wprawdzie szybko daje się wykonać, ale nierzadko prowadzi do bezpośrednich powikłań, jak przebicie macicy lub zakażenie połogowe, albo rozmaitymi zabiegami powoduje się powolne oddzielenie jaja od jego podstawy i wydalenie go jako martwego ciała obcego. W drugim przypadku przyczyną przerwania ciąży jest obumarcie płodu lub też bodźce ze strony matki, które zawsze powodują przewlekły przebieg poronienia i rzadko prowadzą do połogowych powikłań. W tych wszystkich razach przebieg jest zazwyczaj na oko normalny. Pacjentka leży kilka dni w łóżku i pozostaje zdrową, przynajmniej jak sama podaje. Jednakowoż ścisła obserwacja połogu wykazuje nieznaczne odchylenia od normy, jako pewną wrażliwość i bolesność macicy, brudne zabarwienie odchodów, długie trwanie krwawienia lub stany podgorączkowe, na co się zazwyczaj nie zwraca uwagi. Kiedyindziej bywa najbliższe krwawienie miesiączkowe silniejsze i trwa dłużej albo też zmienia się okresowość występowania perjodu, co ma świadczyć o nieprawidłowym odrastaniu błony śluzowej, albo też o niedostatecznem kurczeniu się mięśni macicy. Zapatrywanie to nie jest słuszne, późniejsze bowiem spostrzeżenia wykazują dowodnie, że wszystkie wymienione objawy są wynikiem przejściowego zapalenia błony śluzowej macicy, które wygaja się samo w krótkim czasie, nawet bez specjalnego leczenia. Teraz przechodzą miesiące, w których pacjentka czuje się zupełnie zdrową. Dopiero potem występują całkiem niepostrzeżenie nieznaczne dolegliwości. Powstają głuche bóle w podbrzuszu po jednej lub po obu stronach, najpierw przejściowe, potem stałe i powoli coraz silniejsze. Po różnych domowych zabiegach, które nie przy-

[1]) Ginekol. Polska. T. VI. Z. 10—12.

noszą polepszenia, zgłasza się wreszcie chora do lekarza, a ten stwierdza jednostronne lub obustronne przewlekłe zapalenie przydatków. Jeżeli pacjentka skarży się równocześnie na bezpłodność, wykazuje przedmuchanie jajowodów prawie zawsze ich niedrożność, polegającą czasem na zamknięciu ujścia brzusznego, przeważnie jednak na zarośnięciu cieśni trąbki, albo też jej światła w całej długości, co się daje stwierdzić badaniem operacyjnie usuniętych preparatów. Tylko wyjątkowo przychodzi do poprawy i z tem w związku należy ciąża w takich przypadkach do rzadkości. Jeżeli zaś rzeczywiście się to zdarzy, rozwija się zazwyczaj ciąża pozamaciczna. W innych przypadkach postępuje choroba powoli. Tworzą się zrosty, które zmieniają naturalne położenie narządu rodnego, powodując cały szereg znanych dolegliwości. Jajniki zostają także zajęte, ich czynność ulega powoli ograniczeniu i zmianom chorobowym, prowadząc do przedwczesnego przekwitania i do zaniku narządu rodnego. Do niedawna jeszcze tryskająca zdrowiem młoda kobieta zmienia się w kalekę bezdzietną, niemogącą się pozbyć dolegliwości w swem smutnem życiu.

Spotka mnie napewno zarzut, że jednak wbrew wypowiedzianemu przekonaniu wiele poronień przebiega szczęśliwie i że gdyby zapatrywania moje były dla wszystkich przypadków słuszne, musiałoby w krótkim czasie przyjść do powszechnego wyludnienia. Zarzutowi temu muszę odrazu stępić ostrze. Nie każde poronienie wywołuje chorobowe następstwa, nie wolno nam jednak zapominać ani na chwilę, że, jak wyżej zaznaczyłem, przewlekłe zapalenia narządu rodnego, a w ich następstwie ciąże pozamaciczne i bezpłodność z winy kobiety są aż nazbyt często w przyczynowym związku z poronieniami jako ich późne następstwa. Wobec ich bardzo znacznej i coraz to większej liczby nie wolno nam zatem poprostu nie zwracać na nie uwagi, lecz przeciwnie musimy w tym kierunku rozpocząć bardzo zdecydowaną walkę.

Oto stan rzeczy omawianego zagadnienia, oparty na spostrzeganiu klinicznym. Nie wystarcza to jednak do ustalenia samoistnej jednostki chorobowej, do tego bowiem celu musi się odpowiedzieć wszechstronnie nietylko na pytanie, z czem mamy do czynienia, ale także wyjaśnić, jak przebiegają zmiany chorobowe w swej ścisłej kolejności. Nad tem ostatniem pytaniem chciałbym się obecnie zastanowić.

Przedewszystkiem jest rzeczą konieczną oznaczyć pochodzenie drobnoustrojów wywołujących chorobę, oraz ich osobnicze właściwości, przyczem raz jeszcze muszę zaznaczyć, że chodzi tutaj wyłącznie o kobiety bezwzględnie zdrowe przed poronieniem.

Jeżeli w przypadku takim mają się dostać bakterje do jajowodu, to może to nastąpić tylko od strony jamy brzusznej, albo od strony jamy macicy. Droga przez krążenie krwi lub limfy jest odrazu wyklu-

czona, gdyż w zdrowym ustroju niema ogniska, z którego drobnoustroje mogłyby się rozsypywać. Jama brzuszna osób zdrowych bakteryj nie zawiera. To samo odnosi się także do zdrowej jamy macicy, przyczem jednak należy zauważyć, że za pośrednictwem szyi stoi ona w łączności z pochwą, gdzie swobodnie rosną i rozmnażają się drobnoustroje. W zwykłych warunkach droga ta jest zamknięta czopem śluzu tak, że bakterje mogą się dostać zaledwie 2—3 mm. powyżej ujścia zewnętrznego. Stosunki te zmieniają się jednak zasadniczo w przebiegu poronienia. O ile było ono samoistne, znajdzie się prędzej lub później w jamie macicy ciało martwe, a spływające odchody, lub krew, prawie zaraz wypłukują ze szyji chroniący czop śluzu. Teraz mogą drobnoustroje przedostać się łatwo z pochwy do jamy macicy, gdzie znajdą doskonałe warunki rozwoju, w następstwie czego jama ta w krótkim czasie przestaje być jałową i wypełnia się najrozmaitszymi rodzajami pochwowych bakteryj. W przypadkach sztucznego poronienia wprowadza się zawsze jakiekolwiekbądź narzędzia z pochwy przez szyję do jamy macicy i pomimo choćby najdalej posuniętej aseptyki nie można zniszczyć bakteryj, gnieżdżących się w rozległych zaułkach w dolnej części szyji, ani też zapobiec wprowadzeniu ich do jamy macicy, gdzie już nie znajdą żadnych przeszkód do swego rozwoju.

Wystarczy chyba to, co powiedziałem, aby przyjąć jako pewnik zdanie, że w przebiegu poronienia jama macicy prędzej lub później traci swoją jałowość i staje się siedliskiem bakteryj. A skoro wejście z tej jamy do jajowodów jest prawie stale otwarte, niema żadnych przeszkód, aby drobnoustroje nie przedostawały się tą drogą.

W odniesieniu do rodzajów i jadowitości tych drobnoustrojów muszę przypomnieć, że o ile pochodzą one ze świata zewnętrznego i zostały wprowadzone jakimkolwiek zabiegiem do jamy macicy, mają bardzo znaczną jadowitość i powodują najczęściej bezpośrednio zakażenie połogowe, którego granic niepodobna oznaczyć. O ile zaś pochodzą z pochwy, są mało jadowite z powodu niekorzystnego działania wydzieliny pochwy, w której zmuszone były się rozwijać. Jasnem jest, że takie drobnoustroje nie mogą wywoływać groźnej choroby, choć jest rzeczą powszechnie znaną, że przeszczepione na odpowiednie pożywki odzyskują prędzej, czy później swą pierwotną jadowitość i że, nawet osłabione, nie są bez znaczenia dla ustroju. Dostawszy się do jamy macicy, pozostawione tu w spokoju, rozmnażają się i działają drażniąco na podłoże, choćby tylko w nieznacznym stopniu. Powstaje sprawa zapalna, która wobec małej jadowitości bakteryj postępuje całkiem powoli i nie daje ostrych objawów. Jeżeli stało się to na błonie śluzowej jajowodu, powstaje przewlekłe zapalenie tej błony, którego pierwszym objawem jest obrzęk i uszkodzenie przybłonków, następnie zrosty

kosmków błony śluzowej, a później drążenie sprawy w głąb na mięśniówkę w jej całej grubości, aż do otrzewnej włącznie. W ten sposób powstaje obraz przewlekłego zapalenia jajowodu, który powoli przechodzi w pełne zapalenie przydatków i wreszcie częściowo lub całkowicie zamyka światło trąbki.

Następnie musi być rozstrzygnięte pytanie, w jaki sposób dostają się drobnoustroje z jamy macicy do jajowodu i jaka siła je tam wtłacza, skoro dotyczące gatunki nie mają przecież swych własnych ruchów. Trudno tu dać wprost odpowiedź, jednakże przez analogję łatwo ją można odnaleźć, pamiętając o wyniku moich badań, przeprowadzonych w r. 1907[4]) w celu rozstrzygnięcia pytania, czy błona śluzowa trąbki miesiączkuje. Sporządzałem wówczas drobnowidowe preparaty z jajowodów, usuwanych przy operacjach brzusznych, wykonywanych w rozmaitych dniach perjodu i okresu międzymiesiączkowego. Przeglądnięcie tych preparatów udowodniło, że niema mowy o typowych zmianach miesiączkowych błony śluzowej jajowodu, że jednakże podczas perjodu znajduje się zawsze w świetle trąbki morfologiczne składniki krwi, pochodzące z jamy macicy, które zostały tu wciśnięte przez skurcze mięśni i które po ustaniu bólu zostają wycofane nazad do jamy macicy, i to całkowicie z cieśni trąbki, a tylko częściowo z jej bańki. Ciałka krwi, pozostałe między fałdami błony śluzowej, ulegają zniszczeniu na miejscu. W ten sposób udowodniono pośrednio, że każda płynna treść jamy macicy zostaje podczas skurczów jej mięśni wypieraną nietylko przez szyję do pochwy, lecz także dostaje się do jajowodów i to aż do ich ujścia brzusznego, którego jednak w przypadkach fizjologicznych nigdy nie przekracza. O ile zawierała ona w sobie drobnoustroje, porywa je naturalnie ze sobą, poczem osiadają one między strzępkami i fałdami błony śluzowej i mogą tutaj rozwinąć swoją działalność, którą powyżej opisałem.

Powyższe wywody wyjaśniają sposób, jak bakterje dostają się do jajowodu. Każdy poszczególny ból, bez którego poronienie obejść się nie może, jest siłą działającą.

Późniejsze badania rozszerzyły jeszcze nasze wiadomości. Mam tu na myśli prace Elektorowicza[5]) i Zawodzińskiego[5]), podjęte w związku ze salpingografją, a dotyczące przebiegu skurczów macicy, potwierdzone potem w zupełności przez Günthera[6]) i Schultzego[6]).

Tok doświadczeń wymienionych autorów polegał na sporządza-

---

[4]) Lwów, Tyg. Lek. T. II Nr. 51 i Arch. f. Gynek. T. LXXXV, Z. 1.
[5]) Polski Przegl. Radjolog. T. II. Z. 4.
[6]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XCVII. Z. 3.

niu migawkowych zdjęć w następujących po sobie krótkich odstępach czasu, przyczem wypełniano poprzednio macicę lipjodolem. Okazało się, że skurcze mięśni macicznych nie występują jednoczasowo, jak to ogólnie przyjmowano i można odróżnić dwa mechanizmy skurczowe. W pierwszym przychodzi do skurczu trzonu macicy do tego stopnia, że przyjmuje on postać prawie kulistą. Rogi macicy pozostają wolne od skurczu i uwydatniają się wskutek tego o wiele bardziej, naśladując kształt macicy dwurożnej. Jest to stan typowego bólu porodowego, w którym można śledzić jego wszystkie poszczególne fazy, a wśród nich najważniejszą, równoczesny skurcz wszystkich współdziałających włókien mięsnych. Na zmianę z tymi bólami występują skurcze drugiego typu. Obejmują one rogi macicy i zaznaczają się albo obustronnie, albo jednostronnie, i to nie rzadko zmiennie, raz w jednym rogu, a następnie w drugim. Ta druga faza nie jest identyczną z pierwszą. Skurcz nie występuje tu równocześnie we wszystkich włóknach mięsnych, lecz pojawia się w formie skurczów częściowych, które tu i ówdzie powodują nawet okrężne wręby, nie mają jednak charakteru ruchów robaczkowych. Jest rzeczą zrozumiałą, że obkurczony w ten sposób róg maciczny zmniejsza w wybitnym stopniu swą jamę oraz otwór prowadzący do jamy macicy, bardzo być może, że go nawet całkowicie zamyka. Temsamem wciśnięcie jakiegokolwiek płynu z jamy macicy do jajowodu jest podczas skurczu rogu conajmniej znacznie utrudnione, może nawet wogóle niemożliwe.

Spróbujmy dostosować powyższe fakty do naszego zagadnienia. Podczas bólu w sensie pierwszego mechanizmu podnosi się znacznie ciśnienie wśródmaciczne i każda zawartość jamy macicy zostaje wtłaczana w kierunku wewnętrznego ujścia, oraz w kierunku wejścia do jajowodów. Ponieważ w tej chwili wszystkie wymienione otwory są mniej lub więcej rozwarte, płynna zawartość przedostaje się bez trudu do pochwy, skąd łatwo odpływa, i do jajowodów, gdzie przynajmniej częściowo pozostaje. W następnej chwili, po ukończeniu skurczu mięśni, jama macicy powiększa się. Wskutek tego zawartość kanału szyji i jajowodów może powracać do jamy macicy w sensie pewnego działania ssącego. Dotyczy to oczywiście w większym stopniu zawartości cieśni jajowodu, a w bardzo małym zawartości bańki, ponieważ tu treść zostaje mechanicznie zatrzymaną pomiędzy licznemi fałdami i kosmkami.

Jeszcze bardziej osobliwie i pouczająco przedstawia się sprawa w chwili skurczu rogów macicy. Jeżeli występuje on równocześnie obustronnie, to musi oczywiście działać tylko w sensie wyciśnięcia zawartości jajowodów, a co za tem idzie wzmacniać ssące działanie jamy macicy, które prawdopodobnie w tej chwili powstaje. Jeżeli się zdarzy jednak skurcz jednostronny, wtedy prąd wyciśniętej zawartości ze skur-

czonego rogu zostaje skierowany wprost w kierunku wejścia do przeciwległego jajowodu, które w tej chwili jest rozwarte i nie może się obronić przed wciśnięciem płynu. W ten sposób omówione powyżej działanie minionego bólu zostaje wzmocnione, a zawartość jamy macicy wciśnięta jeszcze dalej do stojącego otworem jajowodu. Wprawdzie w następnej chwili zjawia się skurcz jajowodu, który dotychczas był w spoczynku, nie może on już jednak usunąć wciśniętej zawartości.

Pragnę streścić to co powiedziałem. W przebiegu każdego poronienia jakiegokolwiek rodzaju, wywołanego przez jakąkolwiek przyczynę, z jedynym wyjątkiem poronienia samodzielnego, przebiegającego bardzo szybko, zawartość macicy jest zakażona. Znajduje się tu mnóstwo drobnoustrojów, które zostały doprowadzone od zewnątrz, albo dostały się z pochwy. Te ostatnie posiadają bardzo małą jadowitość i są tylko zdolne do wywołania wolno rozprzestrzeniających się przewlekłych stanów zapalnych. Dostają się one do jajowodu pod wpływem skurczów macicy, zostają częściowo wydalone, częściowo jednak pozostają pomiędzy fałdami śluzówki, rozmnażają się i wywołują w macicy stan zapalny błony doczesnej, a w jajowodzie przewlekłe zapalenie śluzówki (endosalpingitis), które początkowo ogranicza się tylko do śluzówki fałdów, rozprzestrzenia się jednak później coraz dalej i prowadzi do znanych następstw. W samej macicy stan zapalny jest przejściowy. Po skończonym poronieniu bakterje zostają spłukane przez odchody, co dzieje się tem łatwiej, że śluzówka macicy znajduje się w okresie energicznej odnowy. Chwilowy efekt końcowy tego okresu choroby wykazuje, że jakkolwiek zakażenie pochodzi z pochwy i kanału szyji i przedostało się per continuitatem przez jamę macicy do jajowodu, śluzówka jamy macicy pozostaje zdrową, stan zapalny w jajowodzie jednak trwa w dalszym ciągu.

W ten sposób kliniczne spostrzeżenia, omówione na początku, mają nietylko swój naukowy dowód, lecz także wyjaśnienie swej możliwości, swej drogi i swego mechanizmu. Chcę jednak jeszcze raz podkreślić, że opisana postać chorobowa nie jest zwykłem bezpośredniem schorzeniem połogowem, że można stwierdzić jej pierwsze podmiotowe objawy dopiero w dłuższy czas po skończonem poronieniu, że temsamem należy ją uważać jako prawdziwe późne następstwo poronienia.

Jeszcze jedno należy podkreślić. Wobec wyrażonych powyżej zapatrywań jest rzeczą trudną do zrozumienia, dlaczego późne następstwa zapalne występują tak łatwo i tak często po poronieniach, a tak rzadko po porodach czasowych. Przyjmuje się przecież, że jama macicy już w następnym, lub w trzecim dniu po prawidłowym porodzie zawiera bakterje, a zapatrywanie to opiera się na licznych dowodowych pracach wybitnych badaczy. Jednakże należy zaznaczyć, że nowe prace

dotyczące tej sprawy, zachwiały również i to stanowisko i udowodniły, że otrzymane przedtem wyniki należy sprowadzić do błędów metody postępowania. Ostatnie prace Gromadzkiego[7]) poszły nową drogą doświadczalną. Opierają się one zarówno na doświadczeniach na zwierzętach, jak i na specjalnej technice bez zarzutu, która pozwoliła wydobyć zawartość jamy macicy położnic bez zanieczyszczeń zapomocą nowozbudowanego przyrządu. Okazało się, że zawartość ta po prawidłowych samodzielnych porodach pozostaje jałowa. Bakterje znajduje się tylko wówczas, gdy poród był powikłany, albo dokonano zabiegów operacyjnych. W ten sposób jest dziś rzeczą pewną, że poród prawidłowy nie pociąga za sobą zanieczyszczenia jamy macicy, co przecież jest tem łatwiejsze do zrozumienia, że zgadza się w zupełności ze stosunkami fizjologicznemi. Łatwo także zrozumieć można, że jałowa zawartość jamy macicy nie może w jajowodzie wywołać chorobowych zmian, jeśli nawet miałaby się tam dostać. Tłumaczenie to wystarcza w zupełności do przeprowadzenia wyraźnej granicy pomiędzy prawidłowym porodem a poronieniem i do podkreślenia raz jeszcze, że o ile prawidłowy poród jest zjawiskiem zdecydowanie fizjologicznem, niepociągającem za sobą żadnych stanów chorobowych, o tyle każde poronienie, z jakiegokolwiek powodu powstałe, musi się zawsze uważać za stan patologiczny, którego następstw ani bezpośrednich, ani też późnych, nigdy przewidzieć, ani obliczyć nie można.

Druga grupa późnych następstw poronienia obejmuje zakres czynnościowy całego ustroju. Nie można wprawdzie stwierdzić żadnych zmian uchwytnych, a jednak cały organizm ulega poważnym uszkodzeniom. Nie rzadko skarżą się pacjentki na stany podniecenia nerwowego, a psychiczne badanie pozwala łatwo rozpoznać u nich obraz typowej nerwicy. W niektórych przypadkach objawy zbliżają się bardziej do histerji, w innych do neurastenji, najczęściej jednak ani jedna, ani druga forma choroba nie jest typowo wykształcona. Na pierwszy plan występują objawy nerwicy urazowej. Poszukiwanie przyczyny nie daje zwykle pewnych rezultatów, stwierdza się jednak, że cały stan chorobowy zjawił się rychło po przebytym poronieniu i od tego czasu stale postępuje. Danych tych nie można odrzucać i od dawna już byłem przekonany, że oba zjawiska stoją w ścisłym związku ze sobą, poronienie jako przyczyna, nerwica jako jego następstwo. Tem milszą była mi wiadomość, że takie same spostrzeżenia poczynił Prof. Orzechowski[8]) a zgodność naszych zapatrywań dała mi dowód, że myśl moja nie błądziła po bezdrożach.

---

[7]) Ginekol. Polska. T. VI. Z. 4.

[8]) Ginek. Polska T. VI. Z. 10—12.

Powyższe stany można bardzo często odnaleźć po poronieniach u kobiet, które poprzednio były zupełnie zdrowe. O wiele gorzej przedstawiają się stosunki, gdy już przed poronieniem istniała jakaś choroba układu gruczołów dokrewnych lub układu nerwowego. W tych przypadkach pogarszają się dość często objawy chorobowe, przyczem jest rzeczą obojętną, czy poronienie było samoistne, czy też wywołane sztucznie i czy przebiegało prawidłowo, czy też pociągnęło za sobą bezpośrednie następstwa chorobowe.

Również i to spostrzeżenie wymaga dokładnego wyjaśnienia. Sądzę, że nie nastręczy to większych trudności.

Jest rzeczą znaną, że ciało ludzkie pozostaje pod stałym wpływem hormonów gruczołów dokrewnych i że każdy poszczególny hormon wywiera wpływ na inne gruczoły w sensie podrażnienia lub zahamowania. Zupełnie wyraźnie ujawnia się to w stanach chorobowych poszczególnych gruczołów, które naturalnie wywierają wybitny wpływ na inne, wskutek czego przychodzi nietylko do podrażnienia lub zahamowania czynności różnych gruczołów, lecz do zmiany ich czynności, tak, że dysfunkcja jednego gruczołu pociąga za sobą również i dysfunkcję pozostałych. W myśl tego zapatrywania, nie mówi się obecnie o schorzeniu jednohormonalnem, lecz zawsze o poly-hormonalnem. Należy przypomnieć, że podczas ciąży w łańcuch gruczołów dokrewnych zostaje włączone nietylko ciałko żółte wraz ze swym, coraz bliżej znanym, hormonem, lecz także wzrastające jaje ze swemi wydzielinami które należy uważać jako jady ciążowe. Te dwa ciała, przedewszystkiem jaje są dość potężne, by przerobić cały ustrój kobiety ciężarnej dla swoich celów. Ciąża przeto powoduje daleko idące zmiany w prawidłowej mieszaninie hormonalnej, a ponieważ jest rzeczą znaną, że gruczoły dokrewne stoją w ścisłym związku z układem nerwowym, należy również już naprzód przyznać, że czynność ciążowa układu gruczołów dokrewnych musi pociągnąć za sobą wyraźną dysfunkcję układu nerwowego.

Przebieg tej zmiany posiada, tak jak każdy biologiczny stan, swój charakterystyczny obraz, który falisto wzrasta, przez czas pewien istnieje w pełnym rozwoju a potem opada per lysin. Posiada on swą część wstępującą, swoje stadjum acmeos i swą część zstępującą.

Przebieg ten widzimy nietylko w zjawiskach czynnościowych, lecz także w obrazach histologicznych poszczególnych narządów i możemy stwierdzić, że najwyższe napięcie fali przypada mniej więcej w połowie ciąży, poczem wszystko powoli wraca z powrotem do normy. Pod koniec prawidłowej ciąży jest ten proces prawie zupełnie zakończony, a cały ustrój przygotowany do nagłego przerwania ciąży podczas porodu.

Jako przykład tych zmian wymieniam dwa dobrze poznane na-

rządy, ciałko żółte jajnika i łożysko. Ciałko żółte ciążowe wzrasta i jest w pełni rozwoju w pierwszych czterech miesiącach ciąży, pozostaje potem niezmienione przez krótki czas, aby następnie przemienić się powoli w ciałko białawe. Zupełnie podobnie zachowuje się łożysko. W pierwszych miesiącach ciąży będąc w stałym wzroście osiąga, mniej-więcej w połowie ciąży pełnię rozwoju, poczem, jakkolwiek rośnie dalej przedstawia histologicznie coraz to bardziej postępujące zmiany wsteczne. Coraz to mniej znajduje się mas zespolni, następnie giną liczne komórki cytotrophoblastu, później powstaje wakuolizacja, jako przygotowanie do odklejenia łożyska. Podobnie nie ulega wątpliwości, że i wydaliny jaja (jady ciążowe) ulegają przeistoczeniu. Wszak w pierwszej połowie ciąży pochodzą one od typowych komórek embrjonalnych, które żyją wprawdzie krótko, ale bujnie, wymagają wiele najlepszego pożywienia, ale również wydalają wiele resztek trawiennych, w drugiej natomiast połowie zawdzięczają swe pochodzenie komórkom, które podobnie wzrastają i zachowują się jak komórki w późniejszym życiu pozapłodowem.

Wiele jest podobnych przykładów zarówno w obrazach anatomicznych poszczególnych narządów, jak i w czynności poszczególnych gruczołów, oraz systemu nerwowego. Wprawdzie znalezienie ich nie jest łatwe, stwierdzono jednakże ich istnienie z całą pewnością. Wszystkie one, jak poprzednio wspomniałem, składają się na obraz fali, która w pierwszej połowie ciąży wstępuje ku górze, w drugiej powoli opada.

Wspomniałem już, że prawidłowy przebieg tych zmian należy do zjawisk fizjologicznych, nie przynosi on przeto ustrojowi kobiecemu żadnej szkody, oczywiście tylko wtedy, gdy wszystko odbywa się istotnie bez jakichkolwiek zaburzeń. Łatwo zrozumiałą jest jednak rzeczą, że skoro w przebiegu swym zostanie w jakikolwiek brutalny sposób przez poronienie przerwany i zmuszony do opadnięcia per crisin, powoduje nieobliczalne szkody, które mogą objąć wszystkie narządy, tak zdrowe, jak i chore i najpewniej wciągają w obręb swego działania układ nerwowy.

Być może, że nie jest to takie jasne i proste, jak się wydaje. Dlatego użyję porównania, choć świadom jestem w całej pełni, że porównania w nauce zwykle kuleją.

Wyobraźmy sobie pocisk zbudowany w ten sposób, że posiada on zewnętrzny płaszcz i wewnętrzną, luźno ułożoną kulę. Pocisk ten zostaje wystrzelony. Przelatuje przestrzeń z szybkością coraz to zmniejszającą się, której podlegają zarówno płaszcz pocisku, jak i wewnątrz spoczywająca kula. O ile pocisk przebędzie całą wyznaczoną drogę, opadnie na końcu łagodnie, gdyż zmniejszenie się szybkości dotyczy w tym sa-

mym stopniu obu poszczególnych części. Jeśli jednak coś zatrzyma go po drodze, to w miejscu pozostaje tylko płaszcz, podczas gdy kula pędzi dalej z nabytą szybkością i musi naturalnie płaszcz rozerwać. Zniszczenie powstałe w ten sposób jest tem mniejsze, im dalej od początku drogi, a im bliżej jej końca zadziałała przeszkoda. Największe będzie zatem w ramieniu wstępującem krzywej przebiegu pocisku, mniejsze, ale zawsze jeszcze wydatne w jej środku, najmniejsze, aż do zniknięcia, w jej ramieniu zstępującem.

Sprobujmy teraz wstawić na miejsce płaszcza ustrój kobiety ciężarnej, a na miejsce kuli jaje płodowe. Wtedy stanie się jasnem, że przerwanie ciąży, które w drastyczny sposób przerywa normalny przebieg zmian ciążowych, musi przynieść poważną szkodę, największą w pierwszej połowie ciąży, potem zaś zmniejszającą się stale. W ten sposób rozbija poronienie w pierwszych 16 tygodniach ciąży, przeważną liczbę narządów ustroju, szczególnie system nerwowy. Między 17 a 28 tygodniem czyni to poród niewczesny, choć już w mniejszym stopniu. Poród przedwczesny, między 29 a 40 tygodniem, także nie pozostaje bez śladu, a dopiero poród czasowy, w końcu 40 tygodnia żadnej nie przynosi szkody.

Sądzę, że to co powiedziałem wystarczy dla wyjaśnienia także tego drugiego następstwa po poronieniach. Dodać tylko należy, że odnosi się ono w całkiem zdecydowany sposób do układu nerwowego i pod tym wzgędem żadnej nie ulega wątpliwości. Natomiast w zachowaniu się układu gruczołów dokrewnych jest taki sam przebieg uszkodzeń tylko bardzo prawdopodobny, nie może być jednak jeszcze uważany za niezbity pewnik, gdyż opiera się przedewszystkiem na spostrzeżeniach odnośnych stanów chorobowych, które prawie zawsze w związku z przerwaniem ciąży ulegają pogorszeniu. Brak nam natomiast jeszcze potrzebnych obserwacji w tym kierunku kobiet zdrowych.

Obie powyżej omówione zasadnicze grupy schorzeń stojących w ścisłym, przyczynowym związku z przerwaniem ciąży, to jest grupa przewlekłych, niepostrzeżenie się toczących zapaleń i grupa schorzeń systemu nerwowego, a także najpawdopodobniej systemu gruczołów dokrewnych, wyczerpują właściwie omawiany temat, naturalnie z uwzględnieniem następstw, jakie pociągają za sobą i z zastrzeżeniem, że odnosi się to wszystko do dzisiejszego stanu nauki, który z biegiem czasu może i powinien uledz rozszerzeniu.

Osobno muszę jedno tylko jeszcze zaznaczyć. Ze wszech stron napływają żądania, aby przerywanie ciąży było wyłącznym atrybutem lekarzy i zewsząd słyszy się wyrażaną nadzieję, iż z chwilą wyłączenia czynności osób niefachowych zmniejszy się wydatnie nietylko śmiertel-

ność, ale także chorobowość po poronieniach. Nadzieje te, choć na pewno bardzo usprawiedliwione w odniesieniu do natychmiastowych skutków poronień i następstw po nich, nie wytrzymują nawet najlżejszej krytyki co do następstw późnych. Tych bowiem nie można uniknąć, gdyż nie zależą ani od stopnia wiedzy lekarskiej, ani od techniki postępowania. Można aseptykę doprowadzić do szczytu i nawet najmniejszego nie zrobić błędu, a mimo to dać powód do powstania, czy to przewlekłych stanów zapalnych, czy też nerwic urazowych. Pod tym względem jesteśmy całkiem bezsilni.

Ostatnie czasy przyniosły nam drastyczne, choć godne ubolewania potwierdzenie naszych zapatrywań. Myślę o rodzaju wielkiego doświadczenia, jakie wykonano w państwie sowietów, gdzie zezwolono na przerywanie ciąży prawie z każdej przyczyny. Wielu bezstronnych badaczy stwierdza, że w związku z tem zarządzeniem wzmogła się bardzo znacznie liczba sztucznych poronień, wykonywanych przez lekarzy, a najprawdopodobniej spadła wydatnie liczba przypadków przerywania ciąży przez osoby niefachowe. Pomimo to wykazują zestawienia cyfrowe bardzo wielką liczbę późnych następstw i skutków poronień. Jako typowy przykład podaję nadzwyczaj sumienną pracę Serdukoffa[9]).

Gdzież szukać rady w takim zawiłym stanie rzeczy? Sądzę, że jedynie i wyłącznie w zasadzie przerywania ciąży tylko tam, gdzie innej drogi absolutnie nie mamy, a i w takich przypadkach pamiętając doskonale o wszystkich następstwach, należy baczną zwracać uwagę, aby przerwanie to nie stało się dla chorej przekleństwem, zamiast spodziewanego błogosławionego działania.

Wkońcu nie mogę pominąć milczeniem jeszcze jednego ważnego znaczenia omawianej sprawy. Wszak żyjemy w czasach w których w bardzo rozległych granicach zmieniają się zapatrywania na wskazania do przerywania ciąży. Wszędzie rozprawia się o tem naukowo i, więcej jeszcze, nie naukowo, i rozprawy te stają się podstawą do zamierzonych zmian kodeksów prawa. Stanowisko lekarza jest tu nadzwyczaj trudne, gdyż obowiązkiem jego jest przedewszystkiem stać na straży zdobyczy medycyny, przyczem jednak nie wolno mu zamykać oczu na sprawy społeczne, związane, a raczej wiązane z zagadnieniem. Jeżeli wolno mi tu podać zasadniczą, naczelną radę, to sądzę, że jest bezwzględnym obowiązkiem lekarza pamiętać i przypominać zawsze, iż środek leczniczy nigdy i pod żadnym pozorem nie śmie przynosić większej szkody, jak samo cierpienie, które wymaga leczenia i że za-

---

[9]) Gynec. et. Obstétr. T. XVII. Nr. 3.

sada „primum non nocere" tu właśnie, więcej, jak gdziekolwiek, musi być naczelną wytyczną. Dlatego właśnie musi lekarz znać doskonale skutki i następstwa poronień i to nietylko bezpośrednie, ale także późne, i dobrze pamiętać, że zwłaszcza ostatnie są niezależne od naszego sposobu postępowania i że im zapobiedz nie można. Jeżeli lekarz chce pozostać godnym swego szczytnego zawodu, nie śmie ani na chwilę zapomnieć o powyższych zasadach.

Dr. WIERA GILELS asystentka Kliniki.

PRZYPADEK KOMBINOWANEGO ZAMACHU SAMOBÓJCZEGO.

(Z Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Dyrektor Prof. dr. K. Michejda).

Wśród znacznej i stale wzrastającej ilości samobójstw odrębne miejsce zajmują samobójstwa kombinowane. Zdarzają się one stosunkowo rzadko, chociaż dokładnie ustalić częstości ich nie można, gdyż w ogłaszanych statystykach odsetek samobójstw kombinowanych nie jest podawany. Poszczególni autorzy opisują rozmaite przypadki samobójstw kombinowanych, w których desperaci uciekają się do połączenia najczęściej dwóch, rzadziej trzech lub więcej sposobów odebrania sobie życia. W Klinice Chirurgicznej spostrzegaliśmy chorego, który w celu samobójczym zastosował w ciągu zaledwie paru godzin kolejno po sobie następujące trzy różne sposoby pozbawienia się życia, z których zresztą żaden śmierci nie spowodował. Przypadek ten zarówno ze względu na rodzaj oraz ilość zastosowanych w nim sposobów pozbawienia się życia jak i ze względu na dalszy przebieg doznanych uszkodzeń pozwalamy sobie ogłosić.

H. ch 27 (1927) 7. H. R. lat 18. Miesiąc przed przybyciem do Kliniki chory w celu samobójczym wkłuł igłę do szycia w okolicę potylicową, w tym też dniu przeciął żyły na obu przedramionach i zaraz potem wyskoczył przez okno z trzeciego piętra na bruk. Do czynów samobójczych chorego pchnął zawód miłosny. W stanie nieprzytomnym odwieziono go do szpitala, gdzie po kilku godzinach przytomność odzyskał. W szpitalu dokonano operacji celem usunięcia igły; igły nie znaleziono. W miesiąc po zamachu samobójczym chory przybył do Kliniki ze skargami na bóle głowy i bóle w okolicy krzyżowej. Innych dolegliwości nie podawał. Wywiad rodzinny bez znaczenia. W dzieciństwie przechodził odrę, potem dur brzuszny.

Stan obecny. Chory spokojny, zamyślony, na pytania odpowia-

da dosyć chętnie, sam opowiada innym chorym, że wkłuł sobie igłę celem pozbawienia się życia.

Budowa prawidłowa, odżywienie mierne. W okolicy potylicznej w linji środkowej nie zagojona rana pooperacyjna, długości około 6 cm. Z rany wydziela się w niewielkiej ilości ropa. Okolica rany niebolesna. Ruchy głowy wolne, niebolesne. Zdjęcie rentgenowskie (wykonane w dwuch płaszczyznach) wykazało, że igła długości około 5 cm. tkwi głęboko pomiędzy kością potyliczną i pierwszym kręgiem szyjnym nieco wlewo od linji środkowej, prawie prostopadle do długiej osi ciała (rys 1).

Pozatem stwierdzono, jako następstwo przecięcia żył, na powierzchniach wewnętrznych dolnej $^1/_3$ obu przedramion mało ruchome poprzeczne blizny, długości około 3 cm. każda, zagojone per secundam. Innych obrażeń zewnętrznych nie stwierdzono. Przy ucisku w okolicy 4 i 5 kręgu lędźwiowego zaznacza się bolesność. W narządach wewnętrznych i ze strony układu nerwowego zmian nie stwierdzono.

W 18 dni po przybyciu chorego do Kliniki, w którym to czasie rana pooperacyjna na szyi zagoiła się, dokonano choremu powtórnej operacji w uśpieniu eterowem. Mimo szerokiego (cięcie płatowe) odsłonięcia kości potylicowej i wyrostków kolczastych dwuch górnych kręgów szyjnych i bardzo dokładnej rewizji części miękkich tej okolicy, igły nie znaleziono. Przebieg pooperacyjny powikłany został przez ropienie w ranie. Po 6 tygodniach rana się zagoiła i chory opuścił klinikę.

Podczas dwumiesięcznego pobytu w Klinice chory zachowywał się spokojnie i był zrównoważony psychicznie.

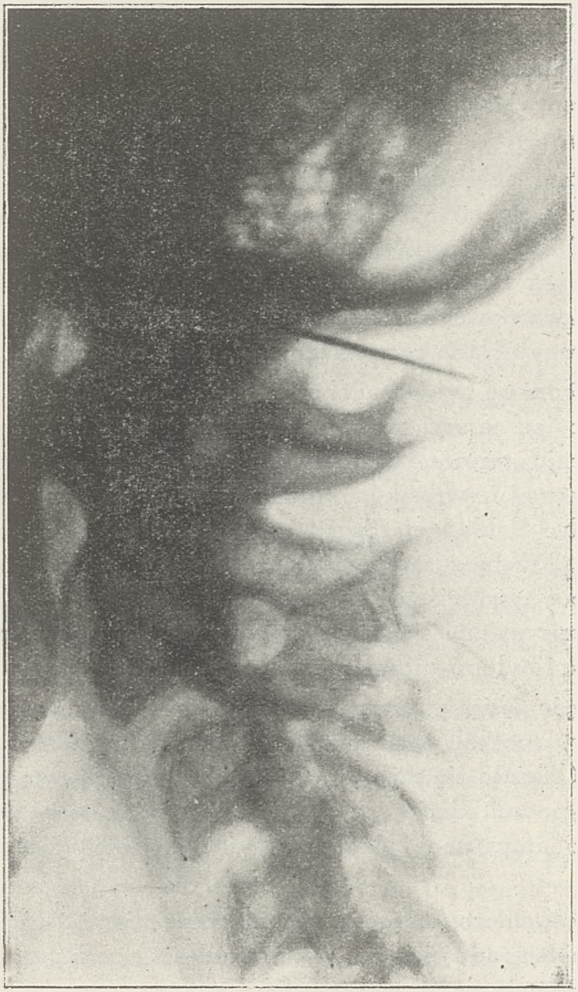
W pięć miesięcy po wypisaniu chorego jeden z asystentów Kliniki przypadkowo spotkał go na ulicy w mieście i dowiedział się o dalszym losie igły. Okazało się mianowicie, że chory idąc pewnego dnia przez ulicę nagle poczuł kłucie „w gardle". Wskutek tego chory wprowadził palce do jamy ustnej i nieoczekiwanie dla siebie wyjął stamtąd wolno leżącą igłę.

Stan psychiczny chorego w tym czasie również był jaknajlepszy. Chory był pełen radości życia, gdyż ożenił się z osobą, z której powodu usiłował pozbawić się życia.

W przypadku powyższym mieliśmy do czynienia z kombinowanym zamachem samobójczym, w którym desperat w trojaki sposób usiłował się pozbawić życia. Usiłowania dokonania samobójstwa następowały kolejno jedno po drugim w krótkich odstępach czasu. Każde z tych usiłowań było różne i jednocześnie poważne — szczególnie poważnem było z nich ostatnie (skok z wysokości trzeciego piętra na bruk) — mimo to wszystkie razem nie pozbawiły desperata życia. Również na uwa-

gę w tym przypadku zasługuje tak szczęśliwe dla chorego wyjście samoistne przez jamę ustną igły, której dwukrotne poszukiwanie na drodze operacyjnej nie dało dodatniego wyniku.

Rys. 1 -szy.



Prof. Dr. W. GRZYWO-DĄBROWSKI.

MATERJAŁY DO STATYSTYKI SAMOBÓJSTW W MIASTACH, MIASTECZKACH I WSIACH WARSZAWSKIEGO OKRĘGU APELACYJNEGO.

Sprawą samobójstw zajmowano się już oddawna, ujmując to zagadnienie z rozmaitych punktów widzenia. W tej pracy nie będę się zagłębiał w teoretyczne rozważania co do tego zagadnienia, lecz przedstawię dane liczbowe, które kiedyś w przyszłości może posłużą do dalszych porównawczych badań. Ogłoszenie tych danych uważam dlatego jeszcze za usprawiedliwione, bo u nas sprawą samobójstw zajmują się bardzo mało, publikuje się zaś tylko zestawienia cyfrowe w wydawnictwach Centralnego Urzędu Statystycznego i Wydziałach Statystycznych Magistratów (szczeg. dokładne i dobrze opracowane dane znajdujemy w wydawnictwach Magistratów Warszawy i Łodzi). Wspomniane zestawienia cyfrowe jednak według mnie nie są wystarczające do więcej wszechstronnego ujęcia zagadnienia samobójstwa, cyfry te przeważnie dotyczą ilości samobójstw, nieraz nie podają podziału na zamachy i zgony samobójcze, uwzględniają płeć, wiek, miesiąc samobójstwa, podają wreszcie sposób pozbawienia się życia, w ogromnej zaś ilości przypadków nie podają zajęcia, stanowiska społecznego, przyczyny i t. p. samobójstwa. (W Rocznikach Statystycznych Warszawy obecnie się uwzględnia podział samobójców i według stanu cywilnego i przyczyn).

Dla dokładniejszego poznania przyczyn i warunków samobójstw należałoby zorganizować odpowiednią statystykę, to znaczy, przy dochodzeniach o samobójstwie (w każdym przypadku samobójstwa policja wzgl. władza prokuratorska przeprowadza badanie) byłoby wskazanem polecić wypełniać odpowiedni kwestjonarjusz, zawierający dane co do płci, wieku, zajęcia, wykształcenia, wyznania i stanu cywilnego samobójcy, pozatem — należałoby zaznaczyć czas (miesiąc, dzień, godzina), miejsce, sposób i przyczynę ew. powód samobójstwa. Wypełnienie tego rodzaju kwestjonarjusza (oczywiście przez inteligentnego i rozumiejącego jego znaczenie urzędnika), a najlepiej odpowiedniego lekarza, zajęłoby mu bardzo niedużo czasu, a dałoby ważny materjał do studjów nad samobójstwem.

Dane liczbowe, poniżej przez nas przytaczane, są otrzymane z akt,

prowadzonych przez odpowiednie władze w poszczególnych przypadkach samobójstw, w celu ich uzyskania przeglądaliśmy całe dochodzenie i w ten sposób co do wiadomości formalnych otrzymaliśmy zupełnie ścisłe liczby (np. gdy chodziło o ustalenie płci, wieku i t. p. samobójcy), trudniejsze było zadanie, gdy trzeba było dociec przyczyny samobójstwa (pod tym wyrazem będziemy rozumieli zarówno samobójstwa dokonane, jak i zamachy samobójcze). Określając przyczynę samobójstwa, opieraliśmy swój wniosek z jednej strony na zeznaniach samobójcy (nieraz przed śmiercią składał on zeznania wzgl. w przypadku niedoszłego samobójstwa dawał dokładne wyjaśnienia), pozatem posługiwaliśmy się zeznaniami świadków. Zestawiając ten materjał, staraliśmy się wysnuć wniosek o przyczynie samobójstwa.

W pewnej ilości przypadków samobójca pozostawia listy pożegnalne wzgl. wyjaśniające przyczynę rozpaczliwego kroku; te listy również często pozwalały wyciągać wniosek o przyczynie targnięcia się na życie.

Nie przypuszczam oczywiście, że te dane co do przyczyn samobójstw są zupełnie ścisłe, bynajmniej, w pewnym odsetku przypadków mogą one być niedokładne, lecz innego materjału nie posiadamy, ten zaś wydaje się nam najwięcej dokładny, gdyż jest krytycznie zbadany w świetle zeznań świadków, okoliczności sprawy itp., wobec tego nie myślę, że błędy są zbyt duże.

Jak już zaznaczyliśmy, polskiego materjału statystycznego co do niektórych danych nie posiadamy wcale lub prawie wcale, wobec tego nie możemy go porównać z liczbami polskiemi, natomiast wykorzystaliśmy pod tym względem materjał obcy, przeważnie niemiecki.

Omawiane liczby obejmują samobójstwa, popełnione w latach 1923 i 1928 w miastach, miasteczkach i wsiach, objętych zakresem działalności Sądu Apelacyjnego Warszawskiego (Białystok, Biała Podlaska, Częstochowa, Kalisz, Łomża, Łódź, Mława, Piotrków, Płock, Siedlce, Suwałki, Sosnowiec, Włocławek). Dane co do Warszawy obejmują tylko rok 1928.

Otrzymanie tego cennego i ciekawego materjału zawdzięczam uprzejmości Pana K. Rudnickiego, Prokuratora Sądu Apelacyjnego w Warszawie, za co na tem miejscu składam mu uprzejme podziękowanie.

We wszystkich poniżej podanych zestawieniach przeprowadziliśmy podział na 3 grupy: miasta duże, mniejsze i wsie. Warszawa zajmuje rubrykę osobną. Jak dalej zobaczymy, ten podział był zupełnie usprawiedliwiony, gdyż w wielu razach samobójstwa np. co do sposobu, czasu itp. przedstawiały się inaczej w dużych miastach, a inaczej — na wsi lub w miasteczkach.

Tablica 1.
Rozkład samobójstw według dni miesiąca.

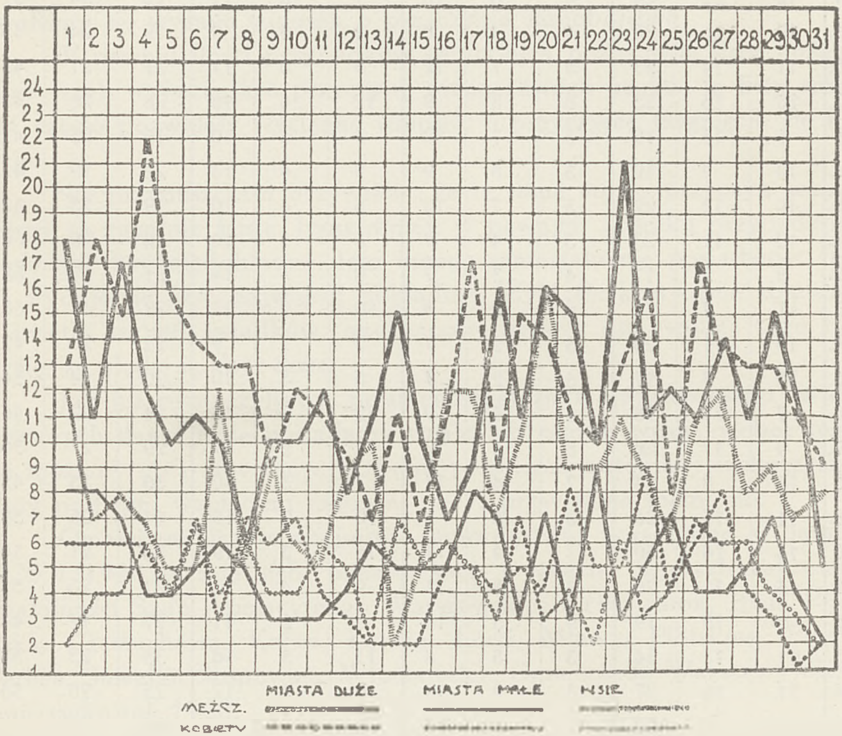
Dnie	Większe miasta			Miasteczka			Wsie			Ogółem		
	M.	K.	R.	M.	K.	R.	M.	K.	R.	M.	K.	R.
1.	18	13	31	8	6	14	12	2	14	38	21	59
2.	11	18	29	8	6	14	7	4	11	26	28	54
3.	17	15	32	7	6	13	8	4	12	32	25	57
4	12	22	34	4	6	10	7	6	13	23	34	57
5.	10	16	26	4	4	8	5	4	9	19	24	43
6.	11	14	25	5	7	12	5	6	11	21	27	48
7.	10	13	23	6	3	9	12	4	16	28	20	48
8	6	13	19	5	7	12	5	5	10	16	25	41
9.	10	9	19	3	6	9	9	4	13	22	19	41
10.	10	12	22	3	7	10	6	4	10	19	23	42
11.	12	11	23	3	4	7	5	5	10	18	20	38
12.	8	9	17	4	3	7	9	5	14	21	17	38
13.	11	7	18	6	2	8	10	2	12	27	11	38
14.	15	11	26	5	2	7	2	7	9	22	20	42
15.	10	7	17	5	2	7	5	5	10	20	14	34
16.	7	11	18	5	5	10	12	9	18	24	22	46
17.	9	17	26	8	5	13	12	5	17	29	27	56
18	16	8	24	7	4	11	7	3	10	30	15	45
19.	11	15	26	3	5	8	10	7	16	24	26	50
20.	16	14	30	7	4	11	16	3	19	39	21	50
21.	15	11	26	3	8	11	9	4	13	27	23	50
22.	9	10	19	9	5	14	9	2	11	27	17	44
23.	21	13	34	3	5	8	11	5	16	35	23	58
24.	11	16	27	5	9	14	9	3	12	25	28	53
25.	12	8	20	7	4	11	6	4	10	25	16	41
26	11	17	28	4	6	10	11	6	17	26	29	55
27	14	14	28	4	8	12	12	6	18	30	28	58
28	11	13	24	5	4	9	8	6	14	24	23	47
29.	15	13	28	7	3	10	9	4	13	31	20	51
30.	11	11	22	4	1	5	7	3	10	17	15	32
31.	5	9	14	2	2	4	8	1	9	15	12	27
?	3		3				1		1			4
	368	390	758	159	149	308	264	134	398	791	673	1464

Muszę zaznaczyć, że co do Warszawy uzyskaliśmy dane tylko w sprawie 1.042 samobójstw (m. 504; k. 538), ilość zaś samobójstw w Warszawie według kartoteki Warszawsk. Urzędu Statyst. wynosiła w r. 1928 — 1.532. Wszystkie wnioski i obliczenia wobec tego musieliśmy ograniczyć do wspomnianych 1.042 przypadków.

Nasze liczby ułożyliśmy w postaci tablic, w niektórych zaś przypadkach na podstawie tych liczb skonstruowaliśmy krzywe.

T a b l i c a 2.

Krzywa samobójstw według dni miesiąca.



Rozpatrując cyfry ogólne, widzimy, że mężczyźni częściej popełniali samobójstwa niż kobiety, gdy jednak uwzględnimy podział na duże i małe miasta i wsie, sprawa będzie się przedstawiała trochę inaczej: w większych miastach występuje przewaga kobiet, w małych — nieznaczna przewaga mężczyzn, na wsi zaś — dominują samobójcy mężczyźni.

Przewagę kobiet w dużych miastach prawdopodobnie należy tłómaczyć sobie tem, że przy obecnych warunkach życia miast kobiety na-

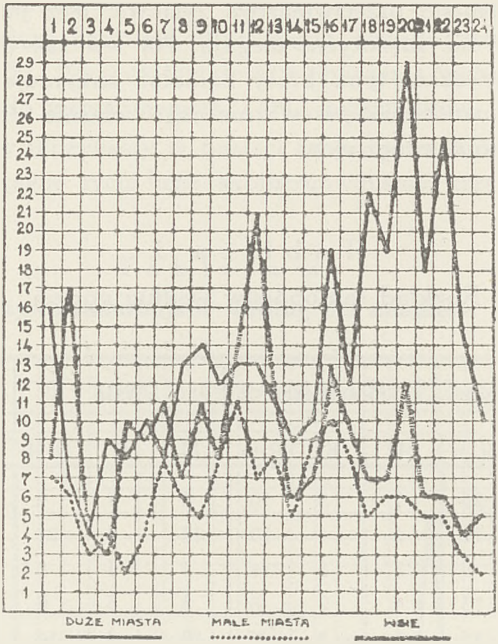
równi prawie z mężczyznami biorą udział w walce o byt, są przez to narażone na rozmaite przeciwieństwa życiowe, lecz jako słabsze psychicznie, łatwiej niż mężczyźni ulegają. Na wsi zaś dotychczas mężczyzna jest przeważnie tym, który zarabia, utrzymuje dom, pracuje, i wszelkie niepowodzenia przeważnie jego właśnie dotyczą, stąd — przewaga samobójstw mężczyzn.

Tablica 3.

Rozkład samobójstw według godzin.

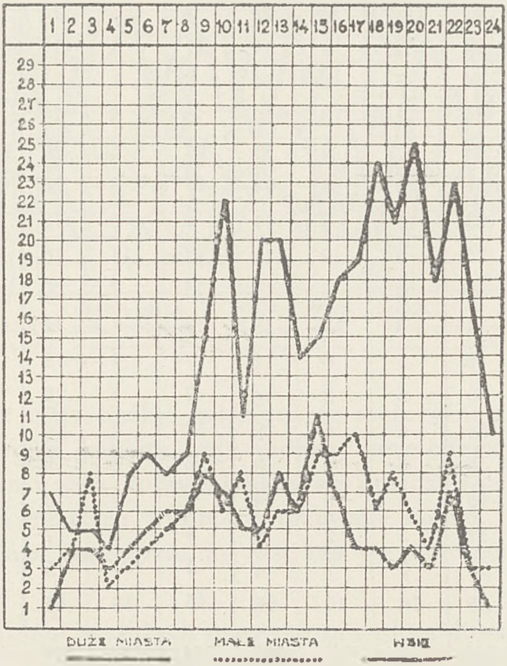
Godz.	Miasta większe			Miasteczka			Wsie			Ogółem		
	M.	K.	R-m	M.	K.	R-m	M.	K.	R-M	M.	K.	R.
1.	16	7	23	7	3	10	8	1	9	31	11	42
2.	7	5	12	6	4	10	17	4	21	30	13	43
3.	4	5	9	3	8	11	4	4	8	11	17	28
4	8	4	13	4	2	6	3	3	6	16	9	25
5.	9	8	16	2	3	5	10	4	14	20	15	35
6.	10	9	19	4	4	8	9	5	14	23	18	41
7.	8	8	16	8	5	13	11	6	17	27	19	46
8.	13	9	22	6	6	12	7	6	13	26	21	47
9.	14	15	29	5	9	14	11	8	19	30	32	62
10.	12	22	34	8	6	14	8	7	15	28	35	63
11.	13	11	24	11	8	19	15	5	20	39	24	63
12.	13	20	33	7	4	11	21	5	26	41	29	70
13.	11	20	31	8	6	14	12	8	20	31	34	65
14.	9	14	23	5	6	11	6	6	12	20	26	46
15.	10	15	25	9	9	18	7	11	18	26	35	61
16	19	18	37	10	9	19	13	7	20	42	34	76
17.	12	19	31	8	10	18	10	4	14	30	33	63
18	22	24	46	5	6	11	7	4	11	34	34	68
19.	19	21	40	6	8	14	7	3	10	32	32	64
20.	29	25	54	6	6	12	12	4	16	47	35	82
21.	18	18	36	5	4	9	6	3	9	29	25	54
22.	25	23	48	5	8	14	6	7	13	36	39	75
23.	25	17	32	3	2	5	4	3	7	22	22	44
24.	10	10	20	2	2	4	5	—	5	17	12	29
?	42	43	85	16	10	26	45	16	61	103	69	172
	368	390	758	159	149	308	264	134	398	791	673	1464

Tablica 4



Krzywa samobójstw mężczyzn według godzin.

Tablica 5



Krzywa samobójstw kobiet według godzin.

Tablica 6.
Podział według miesięcy i płci.

	Większe miasta			Miasteczka			Wsie			Ogółem		
	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem
I	21	40	61	20	9	29	20	6	26	61	55	116
II	28	24	52	13	9	22	17	7	24	58	40	98
III	31	25	56	13	12	25	26	17	43	70	54	124
IV	35	23	58	13	10	23	28	14	42	76	47	123
V	33	33	66	22	20	42	32	9	41	87	62	149
VI	33	34	67	13	13	26	32	17	49	78	64	142
VII	47	40	87	14	17	31	23	16	39	84	73	157
VIII	35	40	75	13	20	33	21	14	35	69	74	143
IX	26	38	64	14	11	25	19	10	29	59	59	118
X	32	37	69	7	15	22	21	9	30	60	61	121
XI	27	31	58	13	5	18	14	4	18	54	40	94
XII	20	25	45	4	8	12	11	11	22	35	44	79
Razem	368	390	758	159	149	308	264	134	398	791	673	1464

Rozpatrując tablice i krzywe, odzwierciadlające podział zamachów samobójczych i samobójstw według godzin, widzimy, że ogólnie biorąc, mężczyźni najczęściej popełniają zamachy samobójcze o g. 20-ej (47 z. s.), następnie o g. 16 (42 z. s.) i g. 12 (41 z. s.), kobiety zaś — najczęściej o g. 22 (39 z. s.), potem o g. 10,15 i 20 (po 35 z. s.), wreszcie o g. 13-ej i 18-ej (po 34 z. s.).

Tym cyfrom odpowiada i ogólna krzywa, dotycząca obu płci.

Inaczej trochę rzecz się przedstawia, gdzie będziemy rozpatrywali ilości samobójstw w związku z miejscem: duże, małe miasta i wsie.

W dużych miastach najczęściej zamachy samobójcze są popełniane przez mężczyzn o godz. 20, 22 i 18; przez kobiety — o g. 20, 18 i 22-ej, przy podziale zaś doby na 3 okresy — na mężczyzn w g. 1—8 przypada przeciętnie 9,3 z. sam., na godziny od 9 do 16-ej — po 12,6; od 17 do 24 — 18,7, — mężczyźni najczęściej popełniają zamachy samobójcze wieczorem i w początku nocy. Zamachy samobójcze kobiet przedstawiają tę samą stopniowość (6,8; 16,8; 19,6 przeciętnie dziennie).

W małych miasteczkach mężczyźni najczęściej popełniają zamachy samobójcze o g. 11 i 10, kobiety o g. 17 i 16; inaczej znów na

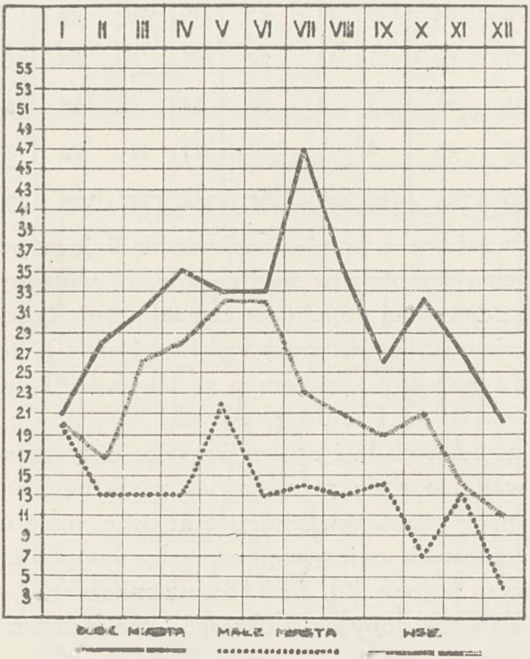
wsi — tu mężczyźni najczęściej godzą na swe życie o g. 12 i 2, kobiety — o g. 15,9 i 13-ej.

Nie mam danych do ścisłego wytłómaczenia tych różnic, prawdopodobnie dużo tu wpływa tryb życia — w dużych miastach życie nocne lub późnego wieczoru powoduje więcej okazji od zdenerwowania, niehamowania się, stąd w tych godzinach częstsze zamachy samobójcze; tryb życia małych miast jest zbliżony do życia wsi — i tu widzimy zbliżone godziny nasilenia samobójczych zamachów.

D ü r k l e i m zaznacza, że większość samobójstw ma miejsce w dzień, M o r s e l l i natomiast stwierdził, że 32,4% samobójstw popełniano w nocy, 25% przed południem i 21,5% po południu.

Według F ü l l k r u g a, samobójstwa przeważnie były popełniane w godzinach przed i popołudniowych, rzadziej w godzinach nocnych.

T a b l i c a 7.



Krzywa samobójstw mężczyzn według miesięcy.

Rozpatrując podział samobójstw według miesięcy, (Tab. 7 i 8) widzimy, że najczęściej samobójstwa występują w maju i sierpniu, uwzględniając zaś podział według płci, widzimy, że mężczyźni najczęściej zabijali się w maju i lipcu, najrzadziej — w grudniu, kobiety zaś —

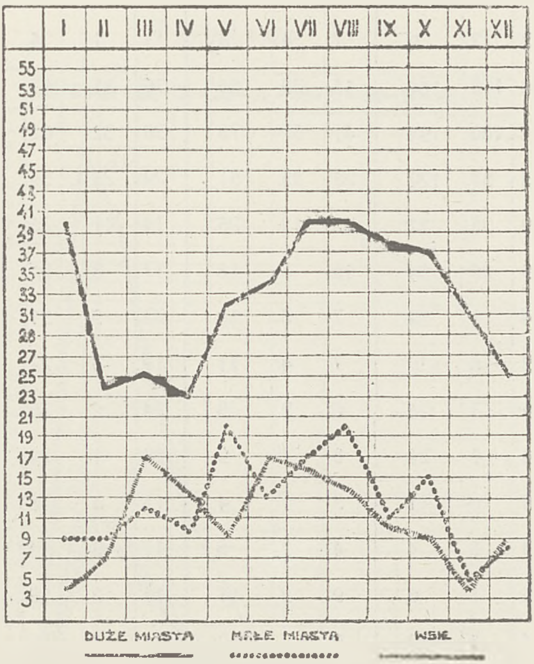
najczęściej w sierpniu i lipcu, najrzadziej zaś — w listopadzie wzgl. w lutym.

Rozpatrując jednak krzywą, wyobrażającą ilość samobójstw w dużych, małych miastach i wsiach, widzimy tu pewną różnicę: w dużych miastach najczęściej mężczyźni zabijali się w lipcu, a potem — w październiku i kwietniu, kobiety zaś — w lipcu, sierpniu i styczniu (w Warszawie w r. 1928 mężczyźni najczęściej godzili na swe życie w styczniu i lutym, kobiety zaś — w maju i kwietniu).

W małych miastach miesiącem „samobójstw" bywał maj dla obu płci, na wsi zaś — dla mężczyzn — maj i czerwiec, dla kobiet — marzec i czerwiec.

Według Rosta, w Niemczech najczęściej samobójstwa popełnia się w czerwcu i maju, w Szwecji, Norwegji i Danji — w czerwcu, w Rumunji — w maju, w Japonji — również w maju. Według zestawień Füllkruga, dotyczących już lat powojennych od r. 1919, w Prusach zarówno mężczyźni, jak i kobiety najczęściej popełniają samobójstwa w lipcu i maju.

Tablica 8.



Krzywa samobójstw kobiet według miesięcy.

Cyfry, podane przez Rosta, Füllkruga, jak zresztą i przez innych badaczy, dotyczą sum ogólnych bez podziału na duże miasta, miasteczka i wsie; nasze, stosunkowo nieduże, liczby jednak dowodzą, że w zależności od warunków życia w miastach i wsiach, nie zawsze w tych samych miesiącach występuje największa ilość samobójstw. Przypuszczam, że przy analizie przytoczonych przez poprzednich badaczy cyfr z uwzględnieniem podziału na miasta i wsie, również i tu dałyby się wykazać pewne różnice.

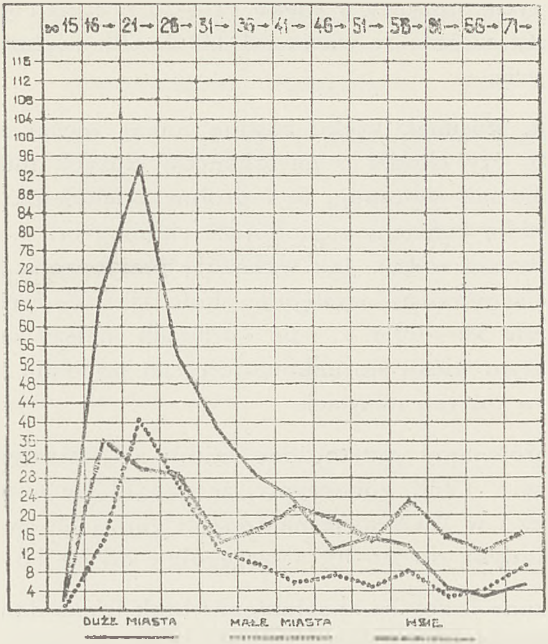
Ilość samobójstw w poszczególnych miesiącach ulega pewnym wahaniom i w zależności od roku: w r. 1923 samobójstwa najczęściej występowały w lipcu, sierpniu i maju; (mężczyźni: w lipcu, sierpniu i maju, kobiety — we wrześniu, marcu i lipcu), natomiast w r. 1928 — najczęściej w czerwcu, maju i lipcu (w tem mężczyźni w maju i czerwcu, kobiety w sierpniu i lipcu). Te ostatnie porównawcze cyfry z r. 1923 i 1928 są podane bez podziału na małe i duże miasta i wsie.

Tablica 9.

Podział samobójców według wieku i płci.

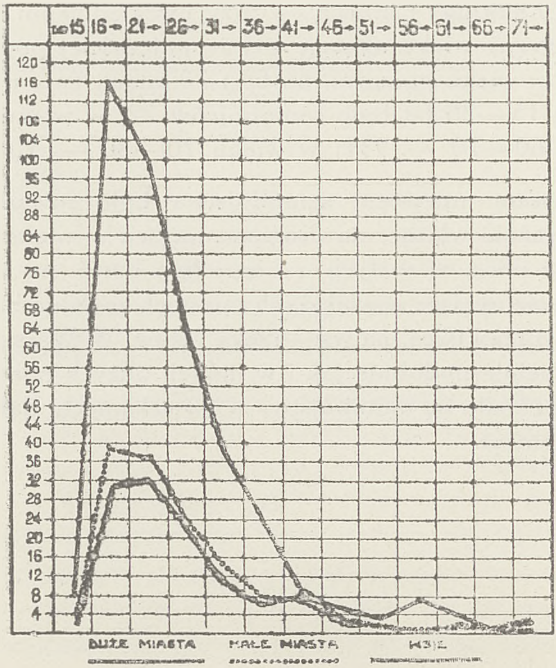
	Większe miasta			Miasteczka			Wsie			Ogółem		
	M.	K.	Razem	M.	K	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem
Do l. 15	2	7	9	1	4	5	3	1	4	6	12	18
l. 16—20	66	116	182	15	39	54	36	31	67	117	186	303
l. 21—25	94	100	194	41	37	78	30	32	62	165	169	334
l. 26—30	55	67	122	26	25	51	29	25	54	110	117	227
l. 31—35	39	38	77	13	13	26	14	11	25	66	62	128
l. 36—40	29	25	54	10	8	18	17	8	25	56	41	97
l. 41—45	24	8	32	7	8	15	22	9	31	53	25	78
l. 46—50	13	6	19	7	4	11	19	3	22	39	13	52
l. 51—55	15	3	18	6	2	8	14	2	16	35	7	42
l. 56—60	14	7	21	8	1	9	23	1	24	45	9	54
l. 61—65	5	6	11	3	1	4	15	3	18	23	10	33
l. 66—70	3	1	4	4	2	6	12	2	14	19	5	24
l. ponad 70	5	1	6	9	2	11	16	2	18	30	5	35
Niewiadomo	4	5	9	9	3	12	14	4	18	27	12	39
Razem	368	390	758	159	149	308	264	134	398	791	673	1464

Tablica 10.



Krzywa samobójstw mężczyzn według wieku.

Tablica 11.



Krzywa samobójstw kobiet według wieku.

Rozpatrując powyżej przytoczone tablice, widzimy, że najczęściej godzą na swe życie osobnicy w wieku 21—25 r. życia i 16—20 r. życia, przytem kobiety częściej w wieku od 16 do 20, mężczyźni zaś — od 21 do 25 r. życia.

Ten sam stosunek wieku zostaje mniej więcej zachowany bez względu na to, czy chodzi o mieszkańców dużych miast, miasteczek czy też wsi, chociaż występują tu i drobne odchylenia: na wsi trochę częściej popełniają zamachy samobójcze chłopcy od l. 16 do 20, niż dziewczęta w tymże wieku. Jak wykazuje przytoczona krzywa, pewne zwiększenie się samobójstw występuje około 50 roku życia na wsi zaś— szczególnie około 56—60 r. ż. i po 70 latach; należy zaznaczyć, że na wsi w późniejszym wieku stosunkowo częściej popełnia się zamachy na swe życie, niż w dużych miastach.

Gdy porównamy przytoczone liczby ze statystyką samobójstw w Warszawie w r. 1928, zobaczymy, że naogół nie występują tu duże różnice, również i w Warszawie najczęściej godzą na swe życie osobnicy w wieku młodym, do lat 30, a szczególnie od lat 16 do 30.

Przytoczone liczby są absolutnemi; brak u nas danych statystycznych, uwzględniających podział ludności według grup wieku uniemożliwia ustalenie procentowego stosunku ilości samobójstw w stosunku do ilości ludności tejże grupy wieku.

Według Füllkruga i innych — przy uwzględnieniu ilości ludności odpowiedniej grupy wieku okazuje się, że najczęściej popełniają samobójstwa osoby w wieku starszym, po 60 i 70 latach (np. na miljon mężczyzn w wieku 15—20 lat było samobójców 22, w wieku 50—60 l.— 878, w wieku 60—70 — 931, w wieku 70—80 — 1.009.

Najczęstszem miejscem samobójstwa było mieszkanie, (patrz tab. 12) przeważnie własne, na drugiem miejscu w większych miastach należy postawić ulicę, w małych — ogrody i parki, na wsi — stodoły i obory. Trzecie miejsce w większych miastach zajmują bramy domów, w małych podwórza i ulica, na wsi—rzeka i staw. W Warszawie rzecz się przedstawia zupełnie podobnie jak i w innych dużych miastach, przedewszystkiem popełniało się samobójstwa w mieszkaniach, dalej — na ulicy i w bramach domów.

Tablica 12.

Podział samobójstw według miejsca dokonania czynu.

	Większe miasta			Miasteczka			Wsie			Mężcz.	Kob.	Razem
	M	K	Razem	M	K	Razem	M	K	Razem			
1. Mieszkanie	182	230	412	70	81	151	86	72	158	338	383	721
2. Ulica	42	42	84	8	11	19	9	2	11	59	55	114
3. Ogród, las	24	9	33	21	5	26	39	7	46	84	21	105
4. Stodoła, obora	7	—	7	5	3	8	56	14	70	68	17	85
5. Podwórze	22	23	45	8	12	20	5	6	11	35	41	76
6. Tor kolei	7	11	18	10	5	15	23	9	32	40	25	65
7. Brama, schody	16	25	41	1	3	4	—	—	—	17	28	45
8. Rzeka, staw	2	5	7	4	7	11	8	11	19	14	23	37
9. Pole	5	8	13	7	6	13	7	1	8	19	15	34
10. Strych	5	3	8	6	1	7	15	2	17	26	6	32
11. Areszt	9	6	15	8	2	10	2	—	2	19	8	27
12. Ustęp	9	6	15	4	3	7	4	1	5	17	10	27
13. Cmentarz	6	8	14	2	2	4	—	1	1	8	11	19
14. Studnia	—	—	—	—	1	1	6	4	10	6	5	11
15. Piwnica	4	1	5	—	1	1	—	1	1	4	3	7
16. Fabryka	4	—	4	—	—	—	—	—	—	4	—	4
17. Piwiarnia	2	—	2	—	—	—	1	—	1	3	—	3
18. Wagon kolei	1	—	1	1	1	2	—	—	—	2	1	3
19. Zakład kąpielowy	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2
20. Kino	1	1	2	—	—	—	—	—	—	1	1	2
21. Inne (statek, dorożka, sala sądodowa, młyn, szyb kopalni)	3	—	3	—	1	1	1	—	1	4	1	3
22. Niepodano	17	10	27	4	4	8	2	3	5	23	17	40
Razem	368	390	758	159	149	308	264	134	398	791	673	1464

Z poniżej przedstawionego procentowego zestawienia wynika, (patrz tab. 13 i 14) że zarówno w dużych jak i w małych miastach najczęściej pozbawiają się życia robotnicy i robotnice wykwalifikowani i niewykwalifikowani. Wśród kobiet na drugiem miejscu znajdują się służące, a na trzeciem—prostytutki. Duży procent stanowią znajdujący się bez zajęcia, bez względu na płeć, przyczem przeważają mężczyźni. Stosunkowo często pozbawiają się życia mężatki, nie pracujące w żadnym zawodzie. Nieznaczny odsetek w miastach stanowią rolnicy.

T a b l i c a 13.

Podział samobójców według zajęcia.

	Większe miasta			Miasteczka			Wsie			Mężcz.	Kob.	Razem
	M.	K.	R-m.	M.	K.	R-m.	M.	K.	R-m.			
1. Robotnicy(e)	113	84	197	39	16	55	41	14	55	193	114	307
2. Przy rodzinie	10	55	65	5	27	32	26	23	49	41	105	146
3. Bez zajęcia	46	33	79	17	13	30	17	16	33	80	62	142
4. Rolnicy	9	1	10	10	1	11	82	13	95	101	115	116
5. Przy mężu	—	58	58	—	27	27	—	26	26	—	111	111
6. Służąca(y)	1	60	61	—	25	25	1	10	11	2	95	97
7. Biuraliści(ki)	27	5	32	13	2	15	8	2	10	48	9	57
8. Prostytutki	—	18	18	—	11	11	—	2	2	—	31	31
9. Krawcowe(y)	4	12	16	4	6	10	2	1	3	10	19	29
10. Uczeń(a)	12	4	16	6	2	8	1	1	2	19	7	26
11. Gazeciarze i t. p.	14	1	15	3	—	3	2	1	3	19	2	21
12. Tkacze	13	—	13	4	—	4	3	—	3	20	—	20
13. Handlowcy	11	1	12	6	—	6	2	—	2	19	1	20
14. Szewcy	10	—	10	1	-	1	4	—	4	15	—	15
15. Nauczyciel(a)	3	2	5	—	3	3	4	3	7	7	8	15
16. Ślusarze	7	—	7	1	—	1	6	—	6	14	—	14
17. Murarze	10	—	10	2	—	2	1	—	1	13	—	13
18. Piekarze	5	—	5	2	—	2	4	—	4	11	—	11
19. Dentyści, akuszerki	2	3	5	1	2	3	2	1	3	5	6	11
20. Kelner(a)	2	1	3	4	2	6	—	2	2	6	5	11
21. Policjanci	4	—	4	3	—	3	3	—	3	10	—	10
22. Stolarz i t. p.	4	—	4	3	—	3	1	—	1	8	—	8
23. Listonosze, Kolejarze	4	1	5	1	—	1	1	—	1	6	1	7
24. Żebracy(i)	—	1	1	1	1	2	3	1	4	4	3	7
25. Rzeźnicy, gajowi, fryzjerzy	7	1	8	1	1	1	6	—	6	14	1	15
26. Adwokaci, studenci	3	—	3	—	1	1	1	—	1	4	1	5
27. Żołnierze	—	—	—	3	—	3	1	—	1	4	—	4
28. Emeryci	2	—	2	—	—	—	1	—	1	3	—	3
29. Złodziej(ki)	1	1	2	—	—	—	—	—	—	1	1	2
30. Zajęcie niewiadome	44	48	92	29	10	39	41	18	59	114	76	90
Razem	368	390	758	159	149	308	264	134	398	791	673	1464

Tablica 14

Gdy powyżej przytoczone liczby przedstawimy w postaci odsetków otrzymamy następującą tablicę:

	Większe miasta		Miasteczka		Wsie	
	M	K	M	K	M	K
1. Robotnicy(e) niewykwalifikowani	34,6	25,4	30	11,5	18,4	12
2. Robotnicy wykwalifikowani	24	4,6	20	5,7	14	3,4
3. Służące	—	17,5	—	18	—	8,6
4. Biuraliści zawody wolne nauczyciele	10,1	2,4	10,8	5,0	6,7	5,1
4. Rolnicy-gospodarze	2,8	—	7,6	—	36,9	11,1
5. Prostytutki	—	5,2	—	8,0	—	1,7
6. Handlowcy	3,4	—	4,6	—	0,9	—
7. Bez zajęcia	14,2	9,6	13	9,3	7,6	13,7
8. Przy rodzinie	3	16	3,8	19,4	11,7	19,8
9. Przy mężu	—	14	—	19,4	—	22,2
10. Pozostałe drobne zawody	3,3	4,2	5,6	1.6	3,0	2,4

Inaczej rzecz się przedstawia na wsi: tu na pierwsze miejsce wysuwają się rolnicy-gospodarze, a potem — robotnicy, stosunkowo rzadkie są samobójstwa bezrobotnych. Natomiast wśród kobiet częste są samobójczynie bez pracy, dalej — idą robotnice i gospodynie. Bardzo częste są przypadki samobójstw kobiet przy rodzinie (młode dziewczęta) i mężatek (aż 22,2%) nie pracujących poza domem. Prostytutki stanowią znikomy odsetek samobójczyń na wsi.

Jak wynika z tab. 15 w odpowiednich aktach nie podano w dużej ilości przypadków stopnia wykształcenia denatów, co spowodowało, że naszych odsetkowych obliczeń mogliśmy oczywiście dokonać tylko w stosunku do ilości o podanym stopniu wykształcenia.

Z przytoczonych cyfr wynika, że wśród samobójców tylko stosunkowo mały odsetek jest analfabetów, większy — na wsi, jednak i tu sięgający tylko 40,3%; wśród kobiet samobójczyń więcej było analfabetek, niż wśród mężczyzn. Ogromna większość zaledwie umiała czytać

i pisać i, co jest godnem podkreślenia — dotyczyło to i samobójców większych miast; ten fakt przeczy naogół przyjętemu mniemaniu, że samobójstwa w warstwach niższych zdarzają się stosunkowo rzadko, cyfry nasze dowodzą czegoś wręcz przeciwnego, właśnie mówią one, że ta klęska społeczna jest bardzo rozpowszechnioną i w niższych warstwach społeczeństwa. Miarodajnem byłoby tu porównanie ilości samobójców w stosunku do odpowiednich pod względem wykształcenia warstw ludności w tych samych okolicach kraju, takich cyfr jednak niestety nie posiadamy. Osób z wykształceniem średniem było stosunkowo znacznie więcej w małych miasteczkach (12%) i wsiach (8,7%), niż w dużych miastach (6,7%), przytem przeważali tu mężczyźni. Być może wchodzą tu w grę cięższe warunki bytowania głębokiej prowincji bardzo dające się we znaki inteligencji, niż osobom o mniejszem wykształceniu i o mniejszych wymogach kulturalnych.

Tablica 15.

Podział samobójców według wykształcenia.

	Miasta większe			Miasteczka			Wsie		
	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem
1. Analfabeci	38	56	94	11	20	31	34	22	46
w odsetkach	19,8%	25,8%	23%	15%	24%	19,3%	30,7%	50%	40,3%
2. Elementarne	130	149	279	44	60	104	47	16	63
w odsetkach	68%	68,6%	68,3%	60,2%	72%	66,2%	60,2%	36,3%	48,2%
3. Kilka klas	4	1	5	2	—	2	2	1	3
w odsetkach	2%	0,45%	1, 2%	2,6%		2,6%	2.5%	2,2%	2,3%
4. Średnie	17	9	26	15	3	18	5	5	10
w odsetkach	8,9%	4, 6%	6,7%	20,5%	3,6%	12%	6,4%	11,1%	8,7%
5. Wyższe	2	2	4	1	—	1	—	—	—
Razem	191	217	408	73	83	156	78	44	122
Wykształcenie niepodane	177	173	350	86	66	152	186	90	176
Razem	368	390	758	159	149	308	264	134	298

Tablica 16.

Podział samobójców według wyznania.

	Większe miasta			Miasteczka			Wsie			Ogółem		
	M.	K	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K	Razem
1. Katolicy	270	298	568	115	123	238	222	106	328	607	527	1134
2. Ewangielicy	23	17	40	9	6	15	5	3	8	37	26	63
3. Prawosławni	9	10	19	6	2	8	14	5	19	29	17	46
4. Izraelici	39	30	69	16	17	33	6	7	13	61	54	115
5. Nieznane	27	35	62	13	1	14	17	13	30	57	49	106
Razem	368	390	758	159	149	308	264	134	398	791	673	1464

Z powyższej tabliczki widzimy, że wśród samobójców przeważają katolicy, na drugiem zaś miejscu znajdują się żydzi. Niestety nie posiadamy wykazu ilości mieszkańców w tych samych miejscowościach według wyznania, wobec tego nie można wyciągnąć żadnych wniosków co do wpływu religji na częstość samobójstw (naogół skądinąd jest wiadomem, że katolicy i żydzi stosunkowo rzadziej popełniają samobójstwa niż protestanci, reformowani itp.), można jednak powiedzieć, że stosunkowo dużo żydów (10%) godziło na swe życie.

Tablica 17.

Podział samobójców według stanu cywilnego.

	Większe miasta			Miasteczka			Wsie			Ogółem		
	M.	K	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem
1. Stan wolny	172	235	407	71	79	150	93	64	157	336	378	714
2. Małżeński	165	117	282	67	51	118	125	45	170	357	213	570
3. Wdowi	11	23	34	9	19	28	15	18	33	35	60	95
4. Niewiadomo	20	15	35	12	—	12	31	7	38	63	22	85
Razem	368	390	758	159	149	308	264	134	398	791	673	1464

Podział samobójców według stanu cywilnego w odsetkach.

	Duże miasta		Miasteczka		Wsie		Ogółem	
	Mężc.	Kob.	Mężc.	Kob.	Mężc.	Kob	Mężc.	Kob.
1. Stanu wolnego	43,7%	60,2%	44,6%	53%	35,2%	47;6%	42,4%	56,9%
2. Stanu małżeńskiego	42,1%	30%	42,7%	34,2%	47,3%	33,5%	45,1%	31,6%
3. Stan wdowi	ok. 3%	ok. 6%	5,6%	12,7%	5,6%	13,3%	4,4%	8,9%

Z tego zestawienia widać, że częściej popełniają samobójstwa mężczyźni żonaci, natomiast wśród kobiet częściej osoby stanu wolnego, bardzo zaś nieznaczny odsetek przypada na wdowców (4,4%) i wdowy (8,9%). Trochę inaczej przedstawiają się te cyfry, gdy uwzględnimy podział według miejsca zamieszkania; w miastach najczęściej popełniają samobójstwa osoby stanu wolnego bez względu na płeć, natomiast na wsi częściej pozbawiają się życia żonaci niż kawalerowie. Stan wdowi szczególnie usposabia do samobójstwa kobiet na wsi (13,3%) i w małych miastach (12,7%).

Tablica 18.

Podział samobójstw według rodzaju.

	Więk. miasta			Miasteczka			Wsie			Ogółem		
	M.	K.	R-m	M.	K.	R-m	M.	K.	R m	M.	K	R-m
I. Otrucia.												
1. Es. octową . .	81	169	250	30	79	109	14	49	63	125	297	422
2. Jodyną . . .	30	43	73	1	7	8	2	—	2	33	50	83
3. Kw. solnym .	21	25	46	2	4	6	1	1	2	24	30	54
4. Sublimatem .	9	19	28	3	3	6	—	—	—	12	22	34
5. Kw. karbolow.	16	13	29	7	8	15	8	4	12	31	25	56
6. Lizolem	4	7	11	—	2	2	—	—	—	4	9	13
7. Kw. siarkowym	4	5	9	—	1	1	—	—	—	4	6	10
8. Ługiem	—	5	5	—	—	—	—	—	—	—	5	5
9. Spirytusem denaturowanym .	3	7	10	—	—	—	—	1	1	3	8	11
10. Gazem świetl.	1	5	6	—	—	—	—	—	—	1	5	6
11. Amoniakiem .	1	3	4	—	—	—	1	2	3	2	5	7
12. Opium . . .	1	2	3	—	—	—	—	—	—	1	2	3
13. Eterem . . .	—	—	—	—	3	3	—	—	—	—	3	3
14. Sabadillą . .	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2
15 Trutką na szczury	1	2	3	—	—	—	—	—	—	1	2	3
16. Nadmang. pot.	—	6	6	—	—	—	—	1	1	—	7	7
17. Walerjaną . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
18. Morfiną . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
19. Luminalem . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
20. Arszenikiem .	—	—	—	1	—	1	1	2	3	2	2	4
21. Cjankiem potasu	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	2	2
22. Alkohol. etyl.	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1
23. Salmiakiem .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
24. Benzyną . . .	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	2	2
25. Siarcz. miedzi	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
26. Formaliną . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
27. Liśćmi olendru	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
28. Trucizna nieustalona	5	10	15	—	—	—	—	—	—	5	10	15
Razem	182	325	507	44	105	149	27	62	89	253	492	745
II. Otrucia 2-ma truciznami:												
Sublimat i siny kamień, sublimat i ocet, jodyna i kreozot, denaturat itd.	8	5	13	1	1	2	2	—	2	11	5	17
Ogółem otruć . .	190	330	520	45	106	151	29	62	91	264	498	762

	Wiek. miasta			Miasteczka			Wsie			Ogółem		
	M.	K.	R-m	M.	K.	R-m	M.	K.	R-m	M.	K.	R-m
2. Broń palna												
a) krótka												
1. strzał w prawą skroń	17	2	19	18	5	23	10	1	11	45	8	53
2. w okol. serca .	7	—	7	14	1	15	8	4	12	29	5	34
3. w usta . . .	4	1	5	4	—	4	6	—	6	14	1	15
4. w pr. bok . .	3	1	4	—	—	—	3	2	5	6	3	9
5. w nos . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
6. w czoło . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
7. pod brodę . .	—	—	—	1	—	1	1	—	1	2	—	2
8. w brzuch . .	—	—	—	1	—	1	1	—	1	2	—	2
9. w rękę . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1
10. w pr. skroń 2 razy	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1
11. w serce 3 razy	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1
12. w lewą skroń .	—	1	1	—	—	—	1	—	1	2	—	2
b) broń długa												
1. szyja; pr. skroń, okolica serca, l. ramię	4	—	4	4	—	4	11	3	14	19	3	22
2. pr. skroń i powieszenie	—	—	—	1	1	2	1	—	1	2	1	3
Razem	37	5	42	46	7	53	42	10	52	125	22	147
3. Broń biała												
1. Poderżnięcie gardła . . .	15	5	20	6	3	9	16	4	20	37	12	49
2. Przecięcie żył na ręku . . .	5	3	8	2	—	2	1	1	2	8	4	12
3. Przec. policz. .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
4. Cięte r. brzucha	2	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	2
5. Cięte rany szyi i kończyn . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
6. Rana kłut. serca	7	—	7	1	—	1	—	—	—	8	—	8
7. „ „ szyi	1	—	1	—	—	—	1	—	1	2	—	2
8. „ „ brzuch.	1	—	1	2	—	2	2	—	2	5	—	5
9. „ pr. strony klatki piersiow.	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
10. „ „ moszny	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1
11. 17 ran rąbanych głowy . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Razem utonięć . .	34	8	42	11	3	14	22	5	27	67	16	83

	Więk. miasta			Miasteczka			Wsie			Ogółem		
	M.	K.	R-m	M.	K.	R-	M	K.	R-m	K.	M.	R-m
4. Powieszenie się	81	15	96	43	12	55	140	31	171	264	58	322
5. Utonięcie												
a) w rzece l. stawie	1	1	2	4	14	18	11	13	24	16	28	44
b) w studni . . .	1	—	1	—	—	—	2	2	4	3	2	5
c) w ustępie . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Razem	3	1	4	4	14	18	13	15	28	20	30	50
6. Skok z wysokości	13	16	29	2	1	3	4	—	4	19	17	36
7. Rzucenie się pod pociąg i t. p. .	10	15	25	8	6	14	14	11	25	32	32	64
8 Skok z pociągu	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Razem: samobójstw według rodzaju . .	368	390	758	159	149	308	264	134	398	791	673	1474

Z powyższego zestawienia widzimy, że naogół ze sposobów samobójstwa najczęściej była używana trucizna (51,3%), na drugiem miejscu — powieszenie (21,3%), na trzecim — zastrzelenie się (10%), dalej — zadanie ran ciętych itp. (5,6%), rzucenie się pod pociąg (4,3%), utonięcie (3,4%) i wreszcie na ostatniem miejscu — skok z wysoka (2,4%).

Inaczej będzie się przedstawiała rzecz, gdy uwzględnimy podział samobójstw w zależności od miejsca zamieszkania: w dużych miastach zarówno mężczyźni jak i kobiety najczęściej się trują, w małych co do kobiet istnieje to samo, lecz mężczyźni częściej uciekają się do palnej broni, na drugiem dopiero miejscu znajduje się trucizna jako narzędzie śmierci. Po wsiach mężczyźni najczęściej pozbawiają się życia przez powieszenie (53%), kobiety zaś, jak i w miastach, przez otrucie (46,2%). Na drugiem miejscu w dużych miastach (gdy chodzi o płeć męską) znajduje się powieszenie (22%), w małych — otrucie, na wsi — broń palna. Co do kobiet — w dużych miastach skok z wysokości, w małych — broń palna, na wsi — utonięcie. Co do pozostałych kategoryj samobójstw — odsyłam czytelników do załączonych tablic.

Jak widzimy z podanych zestawień, rodzaj samobójstwa w wielu razach zależy od warunków, w jakich żyje ludność miejscowości: kobiety najczęściej się trują, prawdopodobnie dla tego, że używana w tym celu trucizna, esencja octowa, znajduje się pod ręką i to właśnie tam, gdzie kobieta stale przebywa, w kuchni itp. Ciekawe, że na wsi mężczyźni rzadko (10%) używają trucizny, gdy w miastach i miasteczkach i u mężczyzn jest ona środkiem najczęstszym. Broń palna i biała naogół rzadko bywa używana przez kobiety, na wsi jednak częściej, niż w miastach kobiety się nią posługują. Utonięcie po za wsią mało znajduje zwolenników nawet wśród kobiet.

TABLICA 19

Podział samobójstw według rodzaju i miejscowości.

	Duże miasta			Małe miasta			Wsie			Ogółem		
	Mężc.	Kob.	Razem.	Mężc.	Kob.	Razem.	Mężc.	Kob.	Razem.	Mężc.	Kob.	Razem.
1. Otrucia	190	330	520	45	106	151	29	62	91	264	498	762
w odsetkach—	51,6	84,6	68,6	28,3	71,1	49	10,9	46,2	25,1	33,3	73,6	51,3
2. Broń palna	37	5	42	46	7	53	42	10	52	125	22	147
w odsetkach—	10	1,2	5,5	28,8	4,7	17,2	15,9	7,4	13	15,6	3,2	10
3. Broń biała (rany cięte, kłute, rąbane)	34	8	42	11	3	14	22	5	27	67	16	83
w odsetkach—	9,2	2,0	5,5	6,8	2	4,5	8,3	3,7	6,7	8,4	2,3	5,6
4. Rzucenie się pod pociąg.	10	15	25	8	6	14	14	11	25	32	32	64
w odsetkach—	2,7	3,9	3,2	5,0	4,0	4,5	5,3	8,2	6,2	4,0	4,7	4,3
5. Skok z wysoka	13	16	29	2	1	3	4	—	4	19	17	36
w odsetkach—	3,5	4,1	3,8	1,2	0,6	0,9	1,5	—	1,0	2,4	2,5	2,4
6. Powieszenie.	81	15	96	43	12	55	140	31	171	264	58	322
w odsetkach—	22	3,9	12,5	26,3	—	17,8	53	23	45,4	33,3	8,6	21,3
7. Utonięcie.	3	1	4	4	14	18	13	15	28	20	30	50
w odsetkach—	0,8	0,25	0,5	2,5	4,4	5,8	4,9	11,1	7,0	2,5	4,4	3,4
Razem	368	390	758	159	149	308	264	134	398	791	673	1474

TABLICA 20.

Podział samobójstw według rodzaju i wieku przy uwzględnieniu dużych miast, miasteczek i wsi.

	do l. 15		15—19		20—29		30—49		50—69		pow. l. 69		Razem	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
I. Większe miasta														
1. Otrucia	2	6	24	81	93	165	47	64	12	13	1	1	179	330
2. Postrzały	—	—	4	3	22	1	14	—	2	—	—	—	42	4
3. Broń biała	—	—	2	1	18	3	13	3	4	—	1	—	38	7
4. Powieszenia	1	—	7	1	16	4	38	5	20	2	2	1	84	13
5. Skok z wysoka	—	1	3	4	5	6	6	3	1	5	—	—	15	19
6 Przejechanie	—	—	1	1	4	5	3	5	1	—	—	—	9	11
7. Utonięcie	—	—	—	2	1	2	—	1	—	1	—	—	1	6
Razem	3	7	41	93	159	186	121	81	40	21	4	2	368	390
II. Miasteczka														
1. Otrucia	1	2	4	20	18	51	12	22	—	3	1	2	36	100
2. Postrzały	—	—	2	2	25	4	12	1	—	—	—	—	39	7
3. Broń biała	—	—	—	—	2	—	5	1	2	—	1	—	10	1
4. Powieszenia	—	—	4	—	9	2	14	7	17	2	7	1	51	12
5. Skok z wysoka	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	1
6. Przejechanie	—	—	—	4	6	1	3	—	2	—	—	—	11	5
7. Utonięcie	—	—	—	4	2	2	1	2	1	2	—	—	4	10
Razem	1	2	10	30	62	61	47	33	22	7	10	3	152	136
III. Wsie														
1. Otrucia	1	—	6	18	10	26	4	12	4	—	—	—	25	56
2. Postrzały	2	—	6	1	20	7	13	1	2	—	1	—	44	9
3. Broń biała	—	—	—	—	4	4	8	1	8	1	3	1	23	7
4. Powieszenie	1	—	10	1	20	9	40	11	47	4	14	3	132	28
5. Skok z wysoka	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	4	—
6. Przejechanie	—	1	3	1	8	2	6	5	2	—	—	—	19	9
7. Utonięcie	—	—	1	2	1	2	5	5	5	5	3	—	15	14
Razem	4	1	26	23	66	50	76	35	68	10	22	4	262	123

Rozpatrując powyżej zestawione liczby, widzimy, że w wieku do lat 15 najczęstszym sposobem samobójstwa było otrucie niezależnie od płci i miejsce zamieszkania samobójców.

W wieku od lat 15 do 19 w dużych miastach zarówno jedna jak i druga płeć przedewszystkiem posługiwały się trucizną, na drugiem miejscu u mężczyzn stało powieszenie, u kobiet — skok z wysokości. W miasteczkach kobiety również przeważnie używały trucizny, mężczyźni zaś — w jednakowym stopniu odbierali sobie życie przez otrucie i powieszenie. Na wsi mężczyźni przeważnie pozbawiali się życia przez powieszenie, kobiety zaś prawie wyłącznie posługiwały się trucizną.

W wieku od 20 do 29 lat: w dużych miastach u obu płci widzimy przewagę trucizny, w miasteczkach — mężczyźni posługiwali się przeważnie bronią palną, kobiety zaś — trucizną. Na wsi — mężczyźni szukali śmierci przez powieszenie i postrzelenie, kobiety — zapomocą trucizny. W wieku od 30 do 49 lat: w dużych miastach, niezależnie od płci, przeważnie stosowano truciznę, mężczyźni pozatem bardzo często odbierali sobie życie przez powieszenie. W miasteczkach — u mężczyzn na pierwszem miejscu stoi śmierć przez powieszenie, bardzo często stosowano także truciznę i broń palną, kobiety zaś najczęściej uciekały się do trucizny.

Na wsi sposoby popełniania samobójstw w wieku 30—40 lat były podobne do stosowanych w miasteczkach.

W wieku od 50 do 69 lat mężczyźni zarówno w dużych miastach, jak w miasteczkach i wsiach przedewszystkiem popełniali samobójstwo przez powieszenie, to samo dotyczy kobiet wiejskich, w miastach zaś — stosowały one przedewszystkiem trucizny.

W wieku powyżej lat 69 mężczyźni przeważnie pozbawiali się życia zapomocą powieszenia, kobiety na wsi również częściej używały tegoż sposobu, w miastach zaś przeważnie posługiwały się trucizną. Reasumując to zestawienie, dochodzimy do wniosku, że wiek samobójców naogół nie odgrywa większej roli w wyborze sposobu pozbawienia się życia, przedewszystkiem zaś wchodzi tu w grę płeć oraz środowisko: duże miasto, miasteczko i wieś.

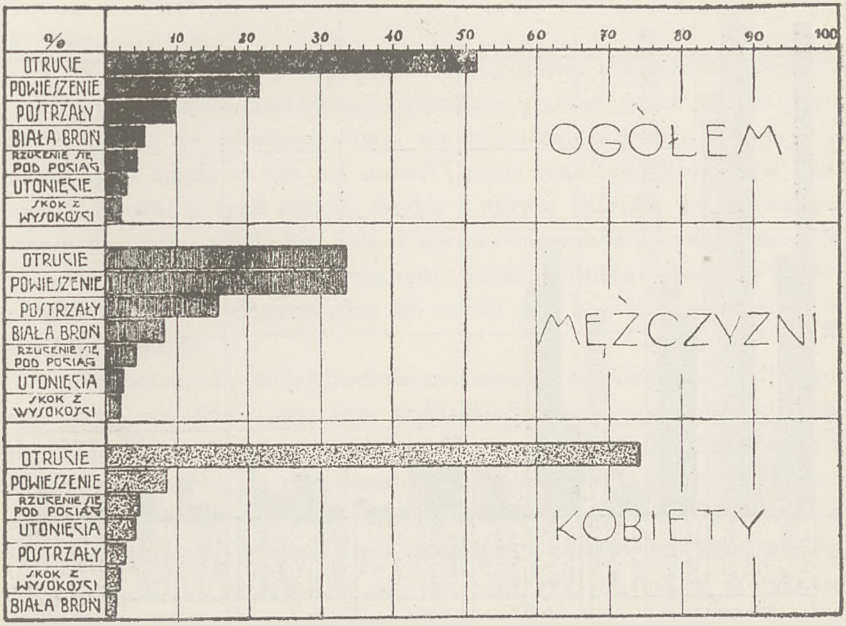
W Warszawie, bez względu na płeć, w r. 1928 przedewszystkiem do pozbawienia się życia była stosowana trucizna w postaci esencji octowej, na drugiem miejscu u mężczyzn była broń palna, u kobiet — rzucenie się z wysokości.

Według Füllkruga, w Prusach w latach 1912—1923 co do sposobów samobójstwa przez mężczyzn stosowano: powieszenie, zastrzelenie, utonięcie; przez kobiety — utonięcie, powieszenie, otrucie.

Dokładniej rozpatrując przypadki samobójstw zapomocą broni palnej, widzimy, że przeważnie stosowano broń krótką, na wsi jednak nierzadko spotykaliśmy i długą broń, jako narzędzie śmierci.

Tablica 21.

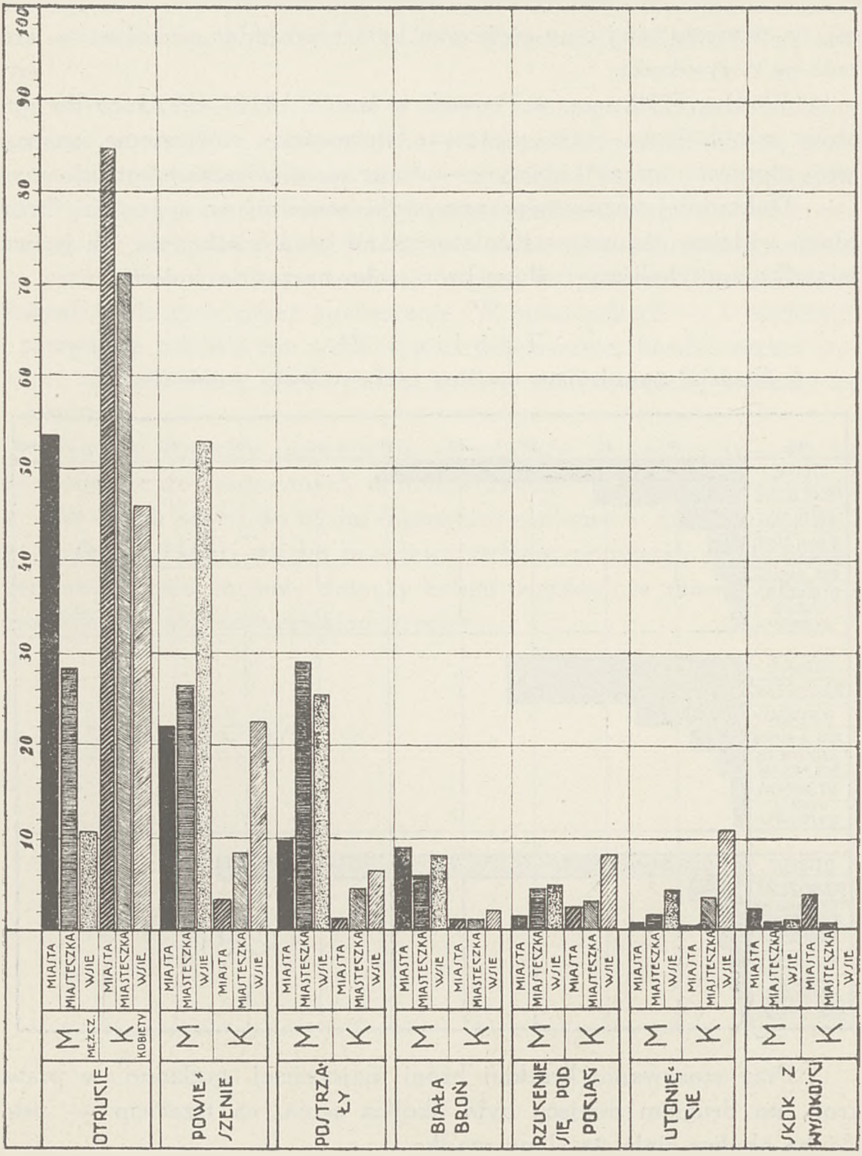
Podział samobójstw według płci i rodzaju w odsetkach.



Przy stosowaniu krótkiej broni najczęściej godzono w prawą skroń, na drugiem miejscu była okolica serca, na trzeciem — usta. W inne okolice ciała strzelano rzadko.

Gdy się posługiwano białą bronią, najczęściej podrzynano sobie szyję, rzadziej żyły na rękach, jeszcze rzadziej rany cięte były zadawane w inną okolicę ciała. Rany kłute przeważnie spotykano w okolicy serca. Co do ran rąbanych, mieliśmy tylko jeden przypadek, gdy pewien mężczyzna pozbawił się życia przez zadanie sobie 17 ran rąbanych w głowę.

Tablica 22.
Podział samobójstw w odsetkach według płci, rodzaju i miejsca zamieszkania samobójców.



Zastanawiając się nad przyczynami samobójstw, należy odróżniać dwie istotne grupy: przyczynę właściwą samobójstwa i powód samobójstwa. Pod przyczyną będziemy rozumieli rozmaite okoliczności życiowe, powodujące mniejsze lub większe wyczerpanie systemu nerwowego, rozmaite choroby psychiczne i fizyczne, szczególnie połączone z dużemi cierpieniami, powodującemi niechęć do życia, obniżającemi jego wartości itp. Również w niektórych przypadkach konflikty na tle życia płciowego będą taką przyczyną samobójstwa szczególniej u kobiet, jak naprzykład pozostawienie przez kochanka kobiety w ciąży nieślubnej, zdrada małżeńska itp.

Pod powodem rozumiemy tę ostatnią kroplę, która nieraz przepełnia czarę cierpienia i wkłada broń w rękę: sprzeczkę z niewiernym kochankiem, wymówki otoczenia z powodu niemoralnego prowadzenia się, pijaństwo itp., sprzeczki z członkami rodziny, szczególnie z rodzicami, gdy chodzi o osoby młode i nieletnie i t. p.

Rzadko bardzo spotykamy przypadki samobójstw „na zimno", gdy zupełnie zdrowy pod względem psychicznym osobnik przychodzi do wniosku, że życie jest katuszą, z której niema wyjścia, że jedyną wybawicielką jest śmierć; w takich razach denat wzgl. denatka nieraz wszystkie swe interesy ureguluje przed śmiercią i pozostawia list, wyjaśniający przyczynę samobójstwa, lub tylko kartkę, że sam pozbawia się życia.

W pewnej ilości przypadków samobójstwo ma miejsce nagle i pozornie bez żadnych powodów; otoczenie, pytane przez władze, twierdzi, że denat do ostatniej chwili nie zdradzał żadnych skłonności samobójczych, nigdy o tem nie mówił i przyczyna tego kroku jest zagadkową. Czasami w tych razach chodzi o ukrytą chorobę umysłową, przeważnie depresję, względnie jakieś sprawy chorobowe, połączone z urojeniami, bardzo dobrze ukrywanemi przez chorego; dopiero wsteczna analiza przypadku doprowadza do mniej lub więcej prawdziwego wyjaśnienia zagadki.

Rozpatrując poniżej podane zestawienie samobójstw według przyczyn wzgl. powodów, możemy wyciągnąć następujące wnioski: (patrz tab. 23) gdy weźmiemy te liczby, nie uwzględniając podziału podług miejsca samobójstwa i płci denatów, widzimy, że najczęstszą przyczyną tego kroku były najrozmaitsze stany psychopatologiczne (34%), na drugiem miejscu należy postawić rozmaite stany afektywne (sprzeczki itp.), które dały 30%, na trzeciem miejscu—przyczyny natury erotycznej—15%, na czwartem warunki materjalne—12%, na piątem—choroby fizyczne — 7% itd. Podane odsetki obliczaliśmy nie w stosunku do ogólnej ilości przypadków samobójstw, lecz do tej ilości, gdzie udało się ustalić przyczynę targnięcia się na życie.

Inaczej będzie się przedstawiało zestawienie przyczyn samobójstw, gdy uwzględnimy podział na duże miasta, miasteczka i wsie, i będziemy brali pod uwagę płeć samobójców. W szeregu zstępującym co do częstości tych przyczyn otrzymamy, co następuje:

Duże miasta, mężczyźni: tło psychopatologiczne, psychologiczne, warunki materjalne, choroby fizyczne. Kobiety: tło psychologiczne, erotyczne, tło psychopatologiczne, warunki materjalne.

Małe miasta: Uszeregowanie przyczyn samobójstw w małych miastach prawie w zupełności odpowiada temu, co widzieliśmy w miastach dużych.

Wsie. Bez względu na płeć na pierwszem miejscu wśród przyczyn samobójstwa mamy stany psychopatologiczne, na drugiem — stany psychologiczne (afektywne), a u kobiet — i konflikty w związku z życiem płciowem, na trzecie miejsce wysuwają się warunki materjalne (nędza itp.).

W Warszawie na podstawie naszego materjału z r. 1928 przyczyny samobójstw w szeregu zstępującem przedstawiałyby się, jak następuje:

Mężczyźni: tło psychopatologiczne (33,5%), psychologiczne (28,7%), warunki materjalne (18,2%), erotyczne (7,7%).

Kobiety: psychologiczne przyczyny (44,6%), warunki ekonomiczne (20,2%), sprawy psychopatologiczne (13%), choroby fizyczne (10%), konflikty erotyczne (8,1%).

W Roczniku Statystycznym Warszawy za r. 1928 podano zestawienie samobójstw z podziałem według przyczyn. Otóż na podstawie tych liczb wynikałoby, że w r. 1928 przyczyny samobójstw przedstawiałyby się jak następuje:

Mężczyźni: Nieporozumienia rodzinne, warunki ekonomiczne, rozstrój nerwowy, stan nietrzeźwy, sprawy erotyczne, choroby etc.

Kobiety: Nieporozumienia rodzinne, warunki ekonomiczne, rozstrój nerwowy, sprawy erotyczne, stan nietrzeźwy, choroby etc.

Przy porównianiu tego zestawienia z naszym, widzimy, że podane liczby w dużem stopniu się zgadzają ze sobą, szczeg. gdy uwzględnimy, że w naszem zestawieniu stan upicia się został zaliczony do stanów psychopatologicznych, stąd w obu statystykach na pierwsze miejsce wysuwają się jako przyczyna samobójstwa u mężczyzn tło psychopatologiczne, u kobiet zaś tło afektywne, w zestawieniu Rocznika określone jako nieporozumienia rodzinne.

Tablica 23.

Podział samobójstw według przyczyn ich dokonania.

	Większe miasta			Miasteczka			Wsie			Ogółem		
	M.	K.	R.	M.	K.	R.	M.	K.	R.	M.	K.	R.
I. Tło psychopatologiczne												
1. Depresja	31	22	53	18	13	31	20	8	28	69	43	112
2. Choroba psychiczna	38	23	61	26	18	44	65	35	100	129	76	205
3. Stan upicia	78	19	97	22	3	25	31	4	35	131	26	157
Razem	147	64	211	66	34	100	116	47	163	329	145	474
										ok. 43%	22%	34%
II. Tło psychologiczne.												
1. Kłótnia z mężem (żoną)	30	68	98	8	14	22	12	9	21	50	91	141
2. Kłótnie w rodzinie	29	61	90	11	24	35	17	6	23	57	91	148
3. Obawa kary	11	8	19	12	1	13	14	4	18	37	13	50
4. Uczucie wstydu	—	2	2	—	1	1	—	1	1	—	3	3
5. Żal po zmarłych	1	3	4	1	1	2	2	1	3	4	5	9
6. Zdenerwowanie	10	31	41	5	10	15	7	10	17	22	51	73
Razem	81	173	254	37	51	88	52	31	83	170	254	424
										ok. 22%	39%	30%
III. Tło erotyczne:												
1. Zawód miłosny w szerokiem znaczeniu tego słowa	15	26	41	9	9	18	6	7	13	30	42	72
2. Porzucenie przez kochanka (ę)	17	31	48	5	14	19	4	10	14	26	55	81
3. Przeszkoda w zawarciu małżeństwa	1	4	5	3	2	5	9	4	13	13	10	23
4. Zgwałcenie	—	1	1	—	1	1	—	1	1	—	3	3
5. Ciąża nieślubna	—	15	15	—	7	7	—	9	9	—	31	31
6. Zdrada małżeńska	—	3	3	—	—	—	1	—	1	1	3	4
7. Choroba weneryczna	1	1	2	1	—	1	1	—	1	3	1	4
8. Samogwałt	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Razem	34	81	115	18	33	51	22	31	53	74	145	219
										ok. 9%	22%	15%
IV. Warunki materjalne (nędza, ruina, i t. p.)	66	41	107	19	13	32	25	7	32	110	61	171
										ok. 14%	9%	12%
V. Choroba fizyczna	39	24	63	10	8	18	15	6	21	64	38	102
										ok. 8%	6%	7%
VI. W związku z życiem szkolnym: złe stopnie i t. p.	2	1	3	4	1	5	—	1	1	6	3	9
Razem wiadome										753	646	1399
VII. Niewiadome	14	15	29	9	10	19	22	5	27	45	30	75

Dla porównania przytoczymy niektóre dane co do przyczyn samobójstw z monografji Füllkruga, dotyczącej Prus. Według niego w r.

1923 przyczyny te przedstawiały się, jak następuje (podajemy w szeregu zstępującym): Mężczyźni: choroby psychiczne, choroby fizyczne, wyrzuty sumienia, bezrobocie, zmartwienie, choroby nerwowe, zniechęcenie do życia, alkohol, gniew, namiętności i t. p.

Kobiety: choroby psychiczne, choroby fizyczne i nerwowe, smutek, zmartwienia, kłopoty materjalne, zniechęcenie do życia i t. p.

U obu płci na pierwszem miejscu stoją, jako przyczyny samobójstwa, choroby „ducha i ciała", jak mówi autor. U samobójców do lat 15 przedewszystkiem wśród przyczyn odgrywają rolę strach, wstyd i wyrzuty sumienia.

Ciekawe, że autor ten nie wyosabnia wcale tego rodzaju przyczyn, jak sprawy natury erotycznej.

Siebert na materjale zakładu psychjatrycznego w Libawie ustala procentowy stosunek poszczególnych chorób psychicznych w przypadkach samobójstw: melancholja — 41%, dem. praecox — 26%, alkoholizm — 9,5%, poraż. postępujące — 6,7%, psychopacja — 5,4%, kiła mózgu — 4,1%. Stelzner — w 200 przyp. samob. kobiet znalazła, że wchodziły w grę: melancholja w 32,5%, psychopacja w 16%, paranoja w 12% i t. p. Według Gauppa przedewszystkiem wśród przyczyn samobójstwa odgrywa rolę alkoholizm, melancholja i otępienie wczesne.

Tablica 24.

Podział według zejścia zamachów samobójczych.

	Większe miasta			Miasteczka			Wsie		
	Mężcz.	Kob.	R.	Mężcz.	Kob.	R.	Mężcz.	Kob.	R.
1. Zamachy:	218 (59,2%)	302 (77,1%)	520	57 (35,8%)	91 (61,9%)	148	39 (14,7%)	50 (37,3%)	89
2. Zgony:	150 (40,8%)	88 (22,9%)	238	102 (64,2%)	58 (38,1%)	160	225 (85,3%)	84 (62,7%)	309
Razem:	368	390	758	159	149	308	264	134	398

Z tego zestawienia wynika, że w dużych miastach zarówno u mężczyzn jak i u kobiet przeważnie zamach nie powoduje zgonu, przytem zwraca uwagę, że kobiety częściej niż mężczyźni popełniają zamachy samobójcze, lecz rzadziej umierają (zgonów kobiet 20,8%, mężczyźni — 40,8%).

Wytłomaczenie tego zjawiska znajdujemy w tem, że kobiety częściej, niż mężczyźni używają do samobójstwa środków mniej pew-

nych (trucizna i t. p.), pozatem zaś nieraz zamachy samobójcze kobiet są mniej poważne i stanowcze, niż mężczyzn.

W małych miasteczkach u kobiet znajdujemy również przewagę zamachów nad zgonami, lecz już mniej znaczną, niż w dużych miastach, natomiast mężczyźni po zamachach przeważnie umierają (64,2% zgonów). Na wsi zarówno mężczyźni jak i kobiety przeważnie ponoszą śmierć po zamachu, u mężczyzn ten stosunek wynosi aż 85,3% zgonów.

Ten fakt, że na wsi i w małych miasteczkach większość zamachów samobójczych pociąga za sobą zgon, należy tłomaczyć tem, że jako sposobu samobójstwa zwykle używa się tam środków pewnych — powieszenia, broń palna i t. p.

Czasami samobójca przed śmiercią pozostawia listy pożegnalne wzg. zawierające wytłomaczenie przyczyny pozbawienia się życia. W naszym materjale 78 mężczyzn (ok. 10%) i 46 kobiet (ok. 7%) pozostawiło takie listy. Nie będziemy zastanawiali się nad treścią tych listów, gdyż bardzo dokładną i wyczerpującą analizę ich przeprowadziła M. Grzywo - Dąbrowska w pracy, ogłoszonej w r. 1931 w Czasopiśmie Lekarskiem Warszawskiem.

Samobójstwa w Warszawie na podstawie dochodzeń urzędu Prokuratorskiego w r. 1928.

Materjał, zebrany przez nas, nie dotyczy wszystkich przypadków samobójstw popełnionych w tym roku w Warszawie, mogliśmy otrzymać 538 akt dotyczących samobójstw kobiet i 504 — mężczyzn, według zaś kartoteki Urzędu Statystycznego Magistratu m. Warszawy w tym roku było samobójstw mężczyzn 694, kobiet — 839, razem 1532 (pod słowem „samobójstwo" będziemy rozumieli samobójczy zamach i zgon). Nie zważając na ten dość duży brak blizko 500 przypadków samobójstw zdecydowaliśmy się opracować ten materjał, gdyż z niego mogliśmy otrzymać dane, których niema w publikacjach Urzędu Statystycznego jak naprzykład — rozkład samobójstw według dni tygodnia, daty, godzin, zajęcie, stanowisko społeczne samobójcy i t. p. Tem bardziej zachęciło nas do tego opracowania zwłaszcza to, że o ile nam wiadomo tego rodzaju danych w naszem piśmiennictwie wogóle nie posiadamy, jak również — niema ich i dla Warszawy. Mając na względzie wspomniany brak ok. 500 samobójstw w naszem opracowaniu, zestawione liczby oczywiście należy oceniać ostrożnie, do pewnego stopnia tylko wyciągając z nich wnioski co do ogółu samobójstw w Warszawie.

Tabliczka 1.

Samobójstwa według dni miesiąca.

Dnie.	Mężczyźni.	Kobiety.	Razem.
1	23	14	37
2	12	25	37
3	17	16	33
4	17	22	39
5	21	22	43
6	18	15	33
7	21	21	42
8	17	19	36
9	21	25	46
10	13	19	32
11	12	21	33
12	20	25	45
13	16	19	35
14	23	19	42
15	12	27	39
16	15	20	35
17	10	17	27
18	15	10	25
19	18	16	34
20	12	10	22
21	25	13	38
22	16	19	35
23	13	13	26
24	13	15	28
25	11	18	29
26	19	10	29
27	24	13	37
28	14	18	32
29	20	16	36
30	10	15	25
31	6	5	11
Razem	504	538	1042.

Jak widać z powyżej przytoczonej tabelki, samobójstwa najczęściej były popełniane w pierwszych dwuch tygodniach miesiąca, rzadziej w tygodniach końcowych.

Tabliczka 2.

Samobójstwa według godzin.

Godziny:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
M.	14	13	3	9	5	13	13	19	15	23	21	19	25	17	24	28	30	35	32	23	35	18	26	20
K.	9	7	6	2	4	9	19	19	30	26	25	22	22	27	26	29	27	35	26	39	21	33	26	22
Raz.	23	20	9	11	9	22	32	38	45	49	46	41	47	44	50	57	57	70	58	62	56	51	52	42

W pozostałych przypadkach godzina samobójstwa nie została ujawnioną.

Jak widać z przytoczonych liczb, samobójstwa najczęściej były popełniane od g. 13 do g. 1, w tym czasie było samob. mężczyzn 313, kobiet — 328, natomiast od g. 1 do g. 13 było samob. mężczyzn 181, kobiet — 210. Najniebezpieczniejszemi okazały się godziny następujące (w nawiasach liczba samobójstw): 18 (70), 20 (62), 19 (58), 16 (57), 17 (57), 21 (56), 23 (52), 22 (51), 15 (50).

Tabliczka 3.

Samobójstwa według dni tygodnia.

		Mężczyźni.	Kobiety.	Razem
1.	Poniedziałek.	85.	93.	178.
2.	Wtorek.	77.	84.	161.
3.	Środa	64.	85.	149.
4.	Czwartek.	78.	63.	141.
5.	Piątek.	63.	64.	127.
6.	Sobota.	67.	60.	127.
7.	Niedziela.	70.	89.	159.
	Razem	504.	538.	1042.

Z poprzedniej tabliczki widać, że samob. najczęściej były popełniane w poniedziałki zarówno przez mężczyzn jak i przez kobiety, co się tłomaczy prawdop. tem, że, jak dalej zobaczymy, jedną z najczęstszych przyczyn samob. u mężczyzn bywa stan podchmielenia i kłótnie, u kobiet — kłótnie. Alkohol sprzyja powstawaniu sporów i awantur, stąd — w poniedziałki, gdy jeszcze występują pozostałości pijatyki, gdy się stwierdza brak przepitej w niedzielę gotówki, a na tem tle — wyrzuty żon i sprzeczki z niemi, powstają i samobójstwa.

T a b l i c z k a 4.

Samobójstwa według wieku.

	Mężczyźni.	Kobiety.
Do l. 16.	12.	30.
Od 16 do 20 l.	76.	162.
Od 21 do 25 l.	113.	142.
Od 26 do 30 l.	91.	96.
Od 31 do 35 l.	58.	39.
Od 36 do 40 l.	39.	22.
Od 41 do 45 l.	30.	17.
Od 46 do 50 l.	20.	8.
Od 51 do 55 l.	16.	10.
Od 56 do 60 l.	7.	4.
Od 61 do 65 l.	13.	4.
Powyżej l. 65.	9.	—

Z poprzedniego zestawienia widać, że mężczyźni najczęściej popełniali samobójstwa w wieku od 21 do 30 roku życia, kobiety zaś — od 16 do 25, to znaczy w rozkwicie życia psychicznego i fizycznego.

T a b l i c z k a 5.

Podział samobójców według wyznania.

	Mężczyźni.	Kobiety.	Razem.
1. Katolicy	423.	450.	873.
2. Mojżeszowi	64.	72.	136.
3. Prawosławni	5.	8.	13.
4. Ewangielicy	6.	2.	8.
5. Nieznane	6.	6.	12.
Razem.	504.	538.	1042.

T a b l i c z k a 6.

Samobójstwa według wykształcenia denatów.

	Mężczyźni.	Kobiety.	Razem.
1. Elementarne	206.	323.	529.
2. Analfabeci	37.	66.	103.
3. Średnie	51.	6.	57.
4. Kilka klas	33.	12.	45.
5. Wyższe	8.	6.	14.
6. Nieustalone	169.	125.	294.
Razem	504.	538.	1042.

Niestety w aktach spraw o samobójstwa bardzo często nie podaje się stopnia wykształcenia denatów, jednak na podstawie zebranych liczb można ustalić, że samobójcy przeważnie posiadają jakie takie wykształ-

cenie, analfabeci stosunkowo rzadziej kończą przez samobójstwo. Stosunkowo dość dużo denatów miało wykształcenie średnie.

Tabliczka 7.

Stan cywilny samobójców.

	Mężczyźni.	Kobiety.	Razem.
1. Stanu wolnego	212.	319.	531.
2. Stanu małżeńskiego	157.	162.	319.
3. Wdowcy i wdowy	8.	19.	27.
4. Separowani	24.	7.	31.
5. Niewiadomi	103.	21.	124.
Razem	504.	538.	1042.

Jak widzimy, mniej więcej połowa samobójców jest stanu wolnego, wśród kobiet zaś nawet więcej niż połowa samobójczyń były pannami, natomiast u mężczyzn chociaż kawalerowie dominują, jednak nie w takim stopniu, jak i u kobiet. Stosunkowo dużo mamy wśród samobójców żyjących w stadle małżeńskiem, natomiast uderza mała liczba wdowców, wdów i żyjących w separacji.

Tabliczka 8.

Podział samobójców według zajęcia i zawodu.

Mężczyźni.		Kobiety.	
1. Robotnicy	109.	1. Przy mężu	113.
2. Rzemieślnicy	47.	2. Robotnice	105.
3. Biuraliści, urzędnicy	40.	3. Służące	75.
4. Szoferzy, ślusarze, i t. p.	39.	4. Przy rodzicach	61.
5. Szewcy, krawcy	25.	5. Krawcowe	29.
6. Stróże, woźni, i t. p.	25.	6. Bez zajęcia	28.
7. Murarze	21.	7. Ekspedjentki	15
8. Przy rodzicach	19.	8. Prostytutki	14.
9. Handlowcy	18.	9. Kelnerki, tancerki	9.
10. Rolnicy	15.	10. Pielęgniarki, akuszerki	8.
11. Właściciele domów, i t.p.	14.	11. Nauczycielki	6.
12. Cukrownicy, piekarze	12.	12. Studentki	5.
13. Inżynierowie, technicy	9.	13. Złodziejki	3.
14. Bez zajęcia	9.	14. Praczki, właścicielki	
15. Policjanci	7.	sklepu po 2	4.
16. Uczniowie	7.	15. Uczenica	1.
17. Malarze pokojowi	6.	16. Zawód niewiadomy	62.
18. Tragarze	6.	Razem	538.

19.	Wolne zawody	6.
20.	Studenci	5.
21.	Kelnerzy	4.
22.	Emeryci, fryzjerzy, subjekci po 3	9.
23.	Lekarze	2.
24.	Aptekarz, żebrak, restaurator po 1	3.
25.	Zawód niewiadomy	47.
	Razem	504.

Z powyższego zestawienia widać, że wśród samobójców obu płci przeważają pracujący fizycznie (113 kobiet; z rubryki — przy mężu, prawie wyłącznie są to żony robotników); u mężczyzn stosunkowo często spotykamy takie zawody jak szoferów, szewców, murarzy, cyfry nasze są zbyt szczupłe, aby można wyciągnąć tu jakiś wniosek co do usposobienia do samobójstwa przedstawicieli pewnych zawodów, należałoby jednak przy dalszych badaniach zwrócić uwagę na zawód samobójcy. Wśród kobiet sporo było służących, stosunkowo dużo prostytutek.

Przedstawiciele inteligencji w porównaniu z pracującymi fizycznie — ilościowo znajdują się na dalszem miejscu.

Tabliczka 9.

Miejsce popełnienia samobójstwa.

		Mężczyźni.	Kobiety.	Razem.
1.	Mieszkanie	233.	273.	506.
2.	Ulica	74.	76.	150.
3.	Brama domu	48.	64.	112.
4.	Podwórze	30.	45.	75.
5.	Las, ogród	18.	17.	35.
6.	Restauracja, piwiarnia i tp.	15.	2.	17.
7.	Obora, stodoła	14.	—	14.
8.	Ustęp	11.	7.	18.
9.	Tor kolei	11.	7.	18.
10.	Wisła	9.	9.	18.
11.	Cmentarz	6.	9.	15.
12.	Pole	5.	10.	15.
13.	Areszt	5.	6.	11.
14.	Dworzec kolei	5.	—	5.
15.	Strych	4.	2.	6.
16.	Taksówka, piwnica po 3	6.	—	6.
17.	Sala sądowa, szpital, kino, studnia, most po 1 przyp.	4.	1.	5.
18.	Miejsce nieustalone	6.	10.	16.

Najczęściej było popełniane samobójstwo w mieszkaniach, na drugiem miejscu — ulica i brama domu. Nie brak i takich dziwnych miejsc rozstania się z życiem jak ustępy (przeważnie powieszenie się), samochody (otrucia i strzały) i t. p.

Tabliczka 10.

Sposoby popełnienia samobójstw.

I. Otrucia.

	Mężczyźni.	Kobiety.	Razem.
1. Kwas octowy	146.	290.	436.
2. Jodyna	43.	35.	78.
3. Sublimat	17.	38.	55.
4. Ług	7.	21.	28.
5. Kwas solny	14.	4.	18.
6. Gaz świetlny	6.	10.	16.
7. Pojedyncze przypadki zatruć: karbolem, kw. siarkowym, cyankami, amoniakiem, denaturatem, formaliną, morfiną, arszenikiem, azotanem srebra, strychniną, kokainą, dziegciem, naftą, luminalem, weronalem, sabadyllą, kw. azotowym — razem	29.	52.	81.
8. Otrucia podwójne:			
Sublimatem i jodyną	2.	—	2.
Siarczanem miedzi i jodyną	1.	—	1.
Jodyną i kw. octowym	—	6.	6.
Jodyna i spir. denatur; jodyna, sublimat, alkohol; sublimat i kw. octowy; rtęć i terpentyna; kw. octowy i skok z okna — po jednym przyp.	—	5.	5.
Razem zatruć	271.	457.	728.
II. Samobójstwo z broni palnej.			
1. Strzał w prawą skroń	25.	3.	28.
2. Strzał w serce	31.	6.	37.
3. Strzał w usta	8.	—	8.
4. Strzał z dubeltówki w głowę	1.	—	1.
5. Strzał z dubeltówki w klatkę piersiową	1.	—	1.
Razem postrzałów	66.	9.	75.
12. Powieszenia	67.	3.	70.
13. Rzucenie się z wysokości	27.	42.	69.
14. Utonięcie	10.	10.	20.

15. Przejechanie przez pociąg	12.	6.	18.
Przejechanie przez tramwaj	3.	3.	6.
Przejechanie przez samochód	2.	—	2.
16. Zadzierżgnięcie	—	1.	1.
8. Samobójstwo przez zadanie ran.			
1. Rana kłóta serca	21.	—	21.
2. Rana kłóta brzucha	8.	—	8.
3. Kilka ran kłótych klatki piersiowej	2.	—	2.
4. Rany kłóte szyi, szyi i klatki piersiowej, ręki — po jednym przypadku	3.	—	3.
5. Poderżnięcie gardła	11.	3.	14.
6. Poderżnięcie żył na ręku	5.	—	5.
7. Rana cięta brzucha, szyi i ręki po jednym przypadku	2.	—	2.
Razem ran ciętych i kłótych	52.	3.	55.

Najczęstszym sposobem samobójstwa w Warszawie bez względu na płeć jest otrucie, przyczem przeważnie znajduje zastosowanie esencja octowa. U mężczyzn na drugiem miejscu znajduje się postrzelenie, u kobiet — rzucenie się z wysokości. Mężczyźni również często uciekają się do powieszenia. Bardzo są rzadkie przypadki zadzierżgnięć samobójczych.

Przyczyny samobójstw.

Odpowiedź na pytanie, co popchnęło denata do pozbawienia się życia jest najważniejsza i najciekawsza w tem całem zagadnieniu, niestety jednak z natury rzeczy — przeważnie nie znajdujemy na to pytanie wyczerpującej odpowiedzi w dostępnych nam materjałach. Przy opracowywaniu omawianych 1042 przypadków samobójstw z r. 1928 w Warszawie byliśmy pod tym względem w trochę lepszych warunkach: przewertowaliśmy odnośne dochodzenia, przeprowadzane w przypadku każdego samobójstwa, nieraz były tam zawarte zeznania niedoszłych samobójców, składane nieomal że natychmiast po nieudanym zamachu, stąd — więcej szczere i bezpośrednie, pozatem — zawsze prawie znajdowały się w aktach zeznania najbliższej rodziny, znajomych, świadków i t. p. Zestawiając te wszystkie dane można było w wielu przypadkach powziąć bardzo uzasadnione zdanie co do przyczyny samobójstwa.

Mając na względzie te materjały, uszeregowaliśmy przypadki samobójstw według pewnych grup i obliczyliśmy stosunek odsetkowy poszczególnych przyczyn samobójstw w stosunku do całości. Ogólna

liczba przyczyn samobójstw wypadła większą, niż ilość samych przypadków a to dlatego, że nieraz wchodziło w grę przyczyn kilka. Należałoby odróżnić bezpośredni powód samobójstwa od właściwej przyczyny, to znaczy — tła tego czynu, gdyż czasami zamach samobójczy bywał sprowokowany drobną jakąś przyczyną, zajściem, sprzeczką i t. p. lecz poprzednio już był przygotowany grunt pod względem psychologicznym lub innym, lecz niestety nie mogliśmy ściśle odróżnić w wielu przypadkach przyczyn w szerszem znaczeniu od bezpośredniego powodu.

Tabliczka 11.

	Mężczyźni		Kobiety		Razem
I. **Tło psychopatologiczne:**					
1. Stan ostrego upicia się	110		19		129
2. Choroba psychiczna	41		36		77
3. Depresja	18		15		33
Razem	169	(33,5%)	70	(13%)	239
II. **Tło psychologiczne:**					
1. Kłótnie z członkami rodziny	51		98		149
2. Kłótnie z mężem wzgl. żoną	40		74		114
3. Kłótnie z kochankiem	—		10		10
4. Zdenerwowanie	16		35		51
5. Wstyd, wyrzuty sumienia	9		—		9
6. Gniew, złość	8		—		8
7. Obawa kary	12		11		23
8. Żal po zmarłych	9		12		21
Razem	145	(28,7%)	240	(44,6%)	385
III. **Warunki materjalne:**					
1. Brak pracy, nędza	84		109		193
2. Nagła ruina materjalna	11		—		11
Razem	95	(18,2%)	109	(20,2%)	204
IV. **Tło erotyczne:**					
1. Zawód miłosny	15		18		33
2. Porzucenie przez kochankę(a)	8		20		28
3. Przeszkoda w zawarciu małżeństwa	7		6		13
4. Zdrada żony	9		—		9
Razem	39	(7,7%)	44	(8,1%)	83
V. **Choroba fizyczna:** (Gruźlica, choroba weneryczna i t. p.)	31	(6,1%)	37	(10,6%)	68
VI. **Przyczyna nieustalona**	91	(18,0%)	38	(11,6%)	129

Na podstawie przytoczonego zestawienia można przyjąć, że u mężczyzn najczęstszą przyczyną samobójstwa (33,5%) była choroba umysłowa, przedewszystkiem zaś — stan upicia się, u kobiet — najrozmaitsze wzruszenia psychiczne, których nie można było jeszcze zakwalifikować, jako patologicznych (44,6%), na drugiem miejscu u mężczyzn stoją wzruszenia psychiczne o charakterze niepatologicznem (28,7%), u kobiet — warunki materjalne (20,2%).

Tło psychopatologiczne u kobiet występowało tylko w 13% przypadków. Jest ciekawe, że sprawy erotyczne odgrywały jak się zdaje w przyczynach samobójstw rolę stosunkowo nieznaczną: u mężczyzn 7,7%, u kobiet w 8,1%. Mam wrażenie, że ten odsetek, szczeg. w stosunku do płci żeńskiej, należy trochę podnieść, gdyż w niektórych przypadkach niewątpliwie kobiety ukrywały istotną (erotyczną) przyczynę samobójstwa, wymieniając jakąś inną mniej dla nich przykrą.

Według Rocznika Statystycznego m. Warszawy z r. 1928 przyczyny zamachów samobójczych przedstawiają się jak następuje:

	Mężcz.	Kob.	Razem
1. Nieporozumienia rodzinne	79	139	218
2. Brak pracy i środków do życia	76	81	157
3. Rozstrój nerwowy	60	73	133
4. Stan nietrzeźwy	52	17	69
5. Sprawy sercowe	26	36	62
6. Choroba nieuleczalna wzgl. przewlekła	16	12	28
7. Niechęć do życia	9	11	20
8. Inne	32	21	53
9. Niewiadome	315	422	737

T a b l i c z k a 12.

Zejścia samobójstw.

	Mężczyźni.	Kobiety.	Razem.
1. Usiłowanie bez zejścia śmiertelnego	332.	404.	736.
2. Śmierć wskutek samobójstwa	172.	134.	306.

Listy pożegnalne, wzg. z wytłomaczeniem samobójstwa, pozostawiono przez mężczyzn w 35 razach, przez kobiety w 43.

Mężczyźni w trzech przypadkach popełnili samobójstwa na tle erotycznem wspólnie z kobietą, kobiety raz zabiły się wraz z mężem i raz z koleżanką.

W 12 przypadkach zamach samobójczy przez kobiety był dokonany powtórnie.

Poniżej podajemy szereg przykładów samobójstw z poszczególnych grup według przyczyn. Musimy zaznaczyć, że w tych zestawieniach są duże braki, szczeg. co do przebytych chorób i ostatnich dni życia denatów i t. p. niestety w dochodzeniach policyjnych te szczegóły nagół nie były uwzględniane, musimy wobec tego posługiwać się materjałem, jaki udało się zdobyć, jednak i te krótkie zestawienia dają pojęcie w jakich warunkach było dokonane samobójstwo.

I. Samobójstwa pod wpływem chorób psychicznych i stanów depresyjnych.

1. 41-letni artysta dramatyczny był znaleziony wiszącym na klamce od drzwi, nogi miał skute kajdankami, zamkniętemi na trzy kłódki, klucze od których znajdowały się w szufladzie stołu. Stan materjalny denata był dobry, miał on narzeczoną żydówkę, bardzo chciał mieć syna. Na łóżku przy biurku znajdowały się książki, traktujące o szkodliwości dla potomstwa mieszania krwi aryjskiej z żydowską.

2. 22-letni wojskowy zastrzelił się w następujących warunkach: zebrało się u niego trochę znajomych, grali w karty i t. p. Denat niczem nie przejawiał swego zamiaru, w pewnej chwili wyszedł do sąsiedniego pokoju, i pozbawił się życia. Ostatnio zmarły był na utrzymaniu matki, z rodziną zawsze żył dobrze, w wilję śmierci zapisał się do wojska i następnego dnia miał iść do służby. Był wesół i, zdawało się, zadowolony. W liście pozostawionym do brata, pisze, że nigdy w życiu nie zaznał szczęścia.

3. 35-letni gospodarz przez kilka dni przed śmiercią był zamyślony i smutny, mało mówił. Krytycznego wieczoru o g. 20 po oprzątnięciu bydła wziął na ręce dziecko, kołysał je, i spokojnie powiedział do żony: „no, Hela, teraz się powieszę“. Żona nie zwróciła uwagi na te słowa, lecz po chwili zauważyła „dziwny wyraz“ na twarzy męża, przestraszyła się i uciekła z dzieckiem. Gdy wróciła po kilkunastu minutach, mąż już wisiał na haku. Nikt z otoczenia denata nie zauważył w jego zachowaniu się w dniach, poprzedzających zgon, nic osobliwego, z wyjątkiem, że był smutny i przygnębiony.

4. 70-letni sekretarz gminny, od lat trzech niedołężny, mało pracował, ciągle miewał nieporozumienia z kolegami, podejrzewając, niesłusznie zresztą, że kopią pod nim dołki. Krytycznego dnia podczas obiadu, na którym był wójt i parę innych osób, przeprosił ich, wyszedł do sąsiedniego pokoju, usiadł przy stole naprzeciwko lustra i się zastrzelił.

5. 50-letni gospodarz miał jakiś zatarg z księdzem, od tego czasu był ciągle smutny i powtarzał, że jest z nim źle. Krytycznego dnia

jak zwykle powrócił z miasta, zjadł kolację i położył się spać z żoną. W nocy — żona, przebudziwszy się i nie znalazłszy męża obok, wyszła do sieni, i tam zobaczyła go wiszącego na haku. Na dwa dni przed samobójstwem wziął od żony kajet, gdzie znaleziono następujące pożegnalne jego pismo „Bez księdza i komisarzy ja idę na tamten świat. Oni mnie zgubili. Proszę Wiktor pilnuj wszystkiego, to dla ciebie. Szanuj żonę do śmierci, żyj, po jej śmierci twoje".

6. 38-letni gospodarz na cztery tygodnie przed śmiercią był ugryziony przez psa; wystąpiły objawy wścieklizny. Krytycznego dnia chory poprosił, aby żona wyszła z pokoju, bo będzie on pił wodę, poczem zwykle robiło się mu niedobrze. Żona wyszła, w tym czasie wszedł do pokoju sąsiad, chory prosił go, aby przeciął mu gardło, bo bardzo się męczy; sąsiad podany mu nóż wyrzucił za okno, wtedy chory wziął drugi i zaczął przecinać sobie szyję, po nacięciu pięć razy wsadził palce do rany, wyrywając tkanki najpierw prawą, a potem lewą ręką.

Działo się to na oczach sąsiada, który w obawie zakażenia nie przeszkadzał.

7. 45-letni gospodarz od dwuch miesięcy opowiadał domownikom i znajomym, że życie mu zbrzydło i że chce się utopić lub powiesić; nie zajmował się wcale gospodarstwem, był smutny i na wszystko obojętny. Na parę dni przed śmiercią wziął powróz, schował go pod ubranie i poszedł do lasu, wrócił jednak wkrótce, i powiedział żonie, że tym razem jeszcze się nie powiesił, lecz zrobi to w ciągu 2 — 3-ch dni. Rzeczywiście w parę dni potem powiesił się na strychu.

II. Samobójstwa popełnione pod wpływem wzruszenia psychicznego: sprzeczki, gniew, wstyd, strach.

1. 23-letnia dziewczyna miała kochanka, żona którego przy spotkaniu ją pobiła; nie mogąc, jak podała przed śmiercią, znieść tego wstydu, dziewczyna otruła się esencją octową.

2. 60-letni gospodarz, bardzo skąpy, niedługo przed popełnieniem samobójstwa był zmuszony dać w posagu córce znaczną część majątku. W dniu śmierci syn prosił go o pieniądze, motywując, że chce się ożenić. Ojciec bardzo się zdenerwował, powiedział, że pieniędzy nie ma, wyszedł z domu, zdjął buty i utopił się w rzece.

3. 22-letnia dziewczyna miała narzeczonego, który, przyszedłszy pewnego razu wieczorem do mieszkania, został na noc. Dziewczyna spała z nim w jednem łóżku; gdy się zbudziła, matka zaczęła jej wymyślać, powstała duża awantura, podczas której dziewczyna ta chwyciła flaszkę z esencją octową i wypiła.

4. 23-letni mężczyzna został aresztowany jako podejrzany o de-

zercję z wojska i o kradzież. Eksportowany przez policjanta, przechodząc obok toru, rzucił się pod pociąg i poniósł śmierć na miejscu.

5. 30-letni syn gospodarski popełnił zabójstwo i samobójstwo w następujących okolicznościach: przy ładowaniu kapusty na wóz pokłócił się on z bratem, przytem był przez niego lekko zraniony nożem; mówiąc „dosyć tego" zastrzelił on brata w oczach ojca i matki, która próbowała mitygować synów; pada drugi strzał kierowany do matki, i ta umiera na ręku męża. Wtedy zabójca poszedł do mieszkania, poprosił siostrę o wodę i bieliznę, przebrał się i umył, napisał kartkę do drugiego brata, aby rozesłał depesze o pogrzebie jego, brata i matki, poczem usiadł przy oknie; gdy posłyszał, że idzie policja, pożegnał się z siostrą i, mówiąc, „już idą" wyszedł na korytarz i tam się zastrzelił.

6. 28-letni robotnik podejrzewał żonę o zdradę, na tym tle wybuchały nieraz nieporozumienia i kłótnie. Krytycznego dnia pobił on żonę, która oświadczyła, że porzuci go wraz z dziećmi; mąż zaczął prosić o przebaczenie, lecz kobieta się zawzięła i nic nie odpowiadała. Wtedy wyszedł on z domu i rzucił się pod pociąg.

7. 20-letnia prostytutka uchylała się od kontroli sanitarnej, wreszcie została przyłapana i przyprowadzona do komisarjatu. Podczas spisywania protokułu pożyczyła od koleżanki 2 pastylki sublimatu i połknęła. Objaśniała następnie, że zrobiło się jej wstyd i przykro, że została siłą przyprowadzona przez policję.

8. U 21-letniego chłopca, rolnika, podczas przeglądu na komisji poborowej stwierdzono znaczną przepuklinę, wobec tego zwolniono go od służby wojskowej. To go tak podrażniło i zdeprymowało (był wtedy podchmielony), że wypił esencji octowej, a ponieważ ona nie poskutkowała odrazu, poszedł do lasu i tam się powiesił.

9. 16-letni chłopiec po jakiemś weselu chciał odprowadzić do domu znajomą panienkę; matka nie pozwoliła, mówiąc, że jest smarkaczem i że za wcześnie mu latać za dziewczynami. Chłopiec się obraził, oświadczył, że będzie z niego trup, kupił kwasu solnego i wypił.

10. 16-letnia dziewczynka przypadkowo stłukła lustro; nie mając pieniędzy aby je odkupić, i bojąc się, że matka ją zbije, napiła się celem pozbawienia się życia jakiegoś płukania do ust.

11. 17-letnia dziewczyna wróciła późno do domu, a gdy matka zrobiła jej z tego powodu uwagę, napiła się jodyny, a następnie, odkręciwszy kurek gazowy, położyła się do łóżka, aby tem pewniej pozbawić się życia. Przed tym zamachem już miała zamiary samobójcze.

12. 14-letnia dziewczyna, bardzo psotna i nieposłuszna, często była bitą przez ojca. Uczyła się niechętnie, często opuszczała lekcje, co pociągało za sobą kary pieniężne, nakładane na ojca. Krytycznego dnia nie poszła do szkoły a gdy starsza siostra zagroziła, że powie o tem ojcu, uciekła na strych, krzyknęła stamtąd znajdującym się na podwórzu „do widzenia" i rzuciła się głową na dół. Uległa jedynie potłuczeniu; przy badaniu podała, że zamachu dokonała ze strachu przed ojcem.

13. 19-letni uczeń klasy 6-ej nie zdał egzaminu, co go bardzo dotknęło. Krytycznego dnia ogolił się, poczem powiedział bratu, że poderżnie sobie gardło. Na razie bratu udało się go odciągnąć od tego zamiaru, lecz tegoż dnia gdy się znalazł sam w pokoju, pozbawił się on życia, trzykrotnie strzelając do siebie. Przed rokiem już próbował się zastrzelić.

III. Samobójstwa popełnione w związku z nadużywaniem alkoholu.

(Dokładniej o tej grupie samobójstw mówiłem w pracy „Alkoholizm a samobójstwo", Czasop. Lek. Warszawskie 1930).

1. 18-letnia mężatka wraz z mężem urządziła małe przyjęcie, trochę pito, przy tem ona lekko podpiła. W pewnej chwili wbrew jej woli mąż wyszedł do sąsiadów, wtedy ona porwała szklankę z esencją octową i wypiła; nie zdawała sobie dokładnie sprawy, dlaczego to zrobiła, z mężem żyje od dwóch lat, zawsze w zgodzie.

2. 25-letni robotnik za pomocą jodyny próbował pozbawić się życia: tego wieczoru pił dużo ze znajomymi, po pewnym czasie wyszedł z domu, kupił jodyny i wypił. Dlaczego to zrobił, nie zdaje sobie sprawy. Z żoną żył dobrze.

3. 57-letni robotnik bez pracy, nałogowy alkoholik, już na kilka tygodni przed śmiercią próbował poderżnąć sobie gardło. Z żoną ciągle się kłócił i bił ją; krytycznego dnia przyszedł do domu pijany, zaczął bić żonę, a gdy upadła, uderzył ją dwa razy nożem; żona uciekła z mieszkania, on zaś przeciął sobie szyję.

4. 33-letni robotnik pozbawił się życia przez poderżnięcie szyi: pewnego dnia upił się on, i wyrabiał awantury na ulicy; żona i jej znajoma zaprowadziły go do domu, gdzie on ciągle twierdził, że musi ze sobą skończyć, raptem wyjął z szuflady brzytwę, żona z małem dzieckiem uciekła, znajoma zaś pozostała; w jej oczach ten człowiek dwa razy chlasnął sobie brzytwą po szyi.

IV. Samobójstwa na tle erotycznem.

1. 23-letnia kobieta przez 4 lata miała „narzeczonego" i zaszła od niego w ciążę. Krytycznego dnia kupiła jodyny i poszła do

mieszkania kochanka, tam w obecności matki i brata zapytała, czy wreszcie z nią się ożeni; otrzymawszy odmowną odpowiedź, wypiła jodyny.

2. 26-letnia służąca pewnej nocy miała stosunek ze swym znajomym. Na drugi dzień przyszła do niego, pragnąc wyjaśnić sytuację, on jednak nie chciał wcale mówić z nią o tej sprawie. Rozgoryczona po wyjściu od kochanka rzuciła się pod tramwaj.

3. 19-letnia mężatka podejrzewała męża o zdradę, z tego powodu żyli ze sobą źle, awantury i sprzeczki były na porządku dziennym. Krytycznego dnia nawymyślała mężowi, podarła na sobie szlafrok, a gdy mąż wyszedł na podwórze, napiła się kwasu solnego. Sąsiadce, która wpadła do mieszkania, zdążyła jeszcze powiedzieć: „Zrobiłam niech cieszy się, przez jego kochankę".

V. Samobójstwa na tle choroby i cierpień fizycznych.

1. 26-letni gajowy, chory na kiłę, jadąc się leczyć, zostawił żonie, którą bardzo kochał, list, w którym radził i jej się leczyć, a w tym celu sprzedać, co może. Po dwóch dniach wrócił, zjadł śniadanie, położył się w ubraniu do łóżka z żoną, rozpiął jej bluzkę, słuchał, jak bije serce, raptem, celując do żony, wystrzelił z poprzednio przyszykowanej broni. Żona zerwała się z łóżka, i, krzycząc, że zastrzelił ją „ten francowaty" uciekła na podwórze. Mąż w chwilę potem odebrał sobie życie strzałem w serce.

2. 66-letni aptekarz, od lat kilku częściowo sparaliżowany nieraz mówił, że musi umrzeć, bo w tym stanie żyć nie warto. Krytycznego dnia pojechał z synem do szpitala, gdy syn załatwiał na stacji formalności, on wyszedł z karetki, oddalił się niepostrzeżenie, zdjął marynarkę i kamizelkę, a następnie rzucił się do studni.

3. 45-letni robotnik ciężko chorował „na nogę", pracować nie mógł, w domu była nędza; nieraz mówił, że należałoby się zabić, że nie może dalej wytrzymać. Krytycznego dnia żona denata wróciła z lasu, zastała drzwi zamknięte, zapukała i usłyszała przez drzwi słowa męża: „Do widzenia, kochana żono, bądź zdrowa". Pobiegła wtedy ona do okna i zobaczyła, że mąż się wiesza, stojąc na ławce. Kobieta narobiła krzyku, lecz sąsiedzi jakiś czas bali się wejść, a gdy wreszcie wyłamali drzwi, denat już nie żył.

VI. Samobójstwa z powodu złych warunków materjalnych.

1. 24-letni mężczyzna przyjechał do Częstochowy w nadziei znalezienia jakiegoś zajęcia. Gdy przejadł wszystkie pieniądze, a pracy nie znalazł, kupił za ostatnie grosze jodyny, poszedł do restau-

racji, zjadł obiad, napił się herbaty, potem do szklanki wlał jodynę i wypił.

2. 54-letni mężczyzna, nie mogąc znaleźć zajęcia z powodu choroby, nieraz mawiał, że w tych warunkach żyć nie może i że się powiesi. Krytycznej nocy spał w jakiejś sieni, gdzie nocowała też i bezdomna kobieta. Zbudziwszy się z rana, zobaczyła, że denat wisi na haku.

3. 28-letnia kobieta była w ciąży, miała sporo długów, żyła w nędzy, nawiedzały ją myśli samobójcze. Gdy komornik za długi sprzedał maszynę do szycia, całkowicie wytrąciło to ją z równowagi i w dwa dni później w celach samobójczych napiła się jodyny.

VII. Samobójstwa w oczach świadków.

(Przyczyna nieraz niejasna, czasami wchodził w grę stan upicia się itp.).

1. 30-letni właściciel biura był sparaliżowany na nogi; ostatnio interesy jego szły źle i nieraz mawiał, że się zabije, otoczenie jednak nie traktowało tego poważnie. Krytycznego dnia przyszedł znajomy, denat powiedział do niego, że nadeszła jego ostatnia godzina, wyjął pistolet magazynowy, zarepetował, wyjął potem magazyn (wszystko to robił spokojnie i nawet wesoło) w oczach tego znajomego przystawił sobie broń do prawej skroni, powiedział: „tak można się zastrzelić" i wystrzelił. Świadek samobójstwa do ostatniej chwili myślał, że denat żartuje.

2. 40-letni bezrobotny miał żonę i kilkoro dzieci. Nie mogąc patrzyć na ich nędzę, pewnego razu, wróciwszy po bezowocnych poszukiwaniach pracy, wziął nóż i w oczach żony oraz dzieci przeciął sobie szyję. Żona wyrwała mu nóż i przeszkodziła w ostatecznem wykonaniu zamiaru.

3. 45-letni naczelnik straży kolejowej, będąc na przyjęciu u znajomych, pił dużo, był wesół, żartował. W pewnej chwili wyszedł do kuchni, wyjął browning i przyłożył go sobie do ust; przerażona kucharka zaczęła krzyczeć, uspokoił ją, że to żart. Wróciwszy do pokoju, usiadł przy stole, zaczął pić i jeść, po chwili zaś wyjął ponownie broń, skierował ją do siebie, wystrzelił i padł trupem na miejscu. Z początku myślano, że strzelał w sufit jak to nieraz robił. Podczas wspomnianej zabawy mówił jednemu ze znajomych, że będzie on na jego pogrzebie.

4. 25-letnia kobieta zastrzeliła się w następujących okolicznościach: nocując u kochanka, pokłóciła się z nim, przyczem on groził, że ją porzuci. Gdy rano wstał on z łóżka, aby się ubrać, dziewczyna wyjęła z pod poduszki rewolwer i mówiąc: „patrz, przez ciebie ginę". wystrzeliła sobie w prawą skroń.

Resumé.

On a noté en 1923 et 1928 dans les cités petites villes et les villages de la Cour d'appel de Varsovie (à l'exception de Varsovie) 1464 cas des suicides (tentatives et morts) dont 991 hommes et 673 femmes. Les suicides avaient été commis le plus fréquemment au commencement et à la fin des mois. En ce qui concerne les heures, les hommes attentent à leur vie dans les grandes villes entre 20 — 22 heures, les femmes entre 18 — 20, dans les petites villes et les villages les deux sexes entre 10 h. et 17 heure. Les hommes commettent la tentative de suicide le plus souvent dans le mois de juillet, avril et mai, les femmes — juin, juillet et mai. L'âge le plus fréquent des suicidés: pour les hommes 21 — 26, pour les femmes — 16 — 20. Comme lieu du suicide nous trouvons dans l'ordre descendant le propre logemet, la rue, le jardin, la forêt, la grange, la cour etc. L'occupation des suicidés dans l'ordre de la fréquence: les ouvriers, sans occupation, les femmes mariées travaillant à domicile, les cultivateurs, les domestiques, les buralistes, les prostituées; on observe une prédominance des manoeuvres, les intelectuels sont moins fréquents. Les catholiques occupent une place prépondérante, les juifs font 10%. Parmi les hommes prédominent d'une manière insensible les hommes mariés, ce qui est plus prononcé à la campagne. Quant aux femmes — celles qui ne sont pas mariées commettent plus fréquemment le suicide. Genre des suicides: dans l'ordre décroissant: poison, pendaison, mort par arme à feu, blessures, mort par écrasement, par submersion, saut d'en haut. En considérant les localités et les sexes on trouve un ordre différent de genre des suicides; à la campagne on observe principalement la pendaison.

Comme causes nous trouvons en premier lieu les états psychopathiques, ensuite les causes psychologiques: les querelles, les craintes, les états émotifs, puis les causes de nature érotique, ensuite les conditions matérielles, les maladies physiques, les causes liées avec la vie scolaire.

La mort s'ensuit plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. A peu près 10% des hommes et 7% des femmes avaient laissé des lettres.

Les données de Varsovie ressemblent à celles d'autres grandes villes avec cette différence pourtant qu'on y observe une prédominance nette des femmes. Comme genre de suicide c'est indépendamment du sexe le poison (principalement l'acide acétique).

Les causes d'après la fréquence: psychopathie, alcohol, causes de nature psychologique, matérielle, érotique et maladies physiques.

PIŚMIENNICTWO. (ważniejsze).

1. Durkheim. Le Suicide. 1930.
2. Füllkrug. Der Selbstrmord. 1919.
3. Füllkrug. Der Selbstmord in der Kriegs und Nachtkriegszeit. 1927.
4. Masaryk. Der Selbstmord. 1881.
5. Miłanowicz. Samobójstwo (po serbsku) 1929.
6. Prinzing. Trunkheit und Selbstmord. 1895.
7. Tönnies. Der Selbstmord in Schleswig - Holstein. 1927.
8. Gaupp. Ueber den Selbstmord. 1910.

Roczniki Statystyczne Magistratu m. Warszawy i m. Łodzi.
Szereg artykułów w Czasopiśmie Sądowo - Lekarskiem.
Morselli Der Selbstmord. 1881.

Dr. T. A. SZARBE, lekarz sądowy. (Moskwa).

PRZYPADEK TORBIELI TRZUSTKI.

(Przyczynek do badania urazowego pochodzenia chorób wewnętrznych).

Przy ustalaniu związku przyczynowego między zachorowaniem a poprzedzającym urazem, powinniśmy brać w rachubę istniejące w tej kwestji dane naukowe. Samo przez się jest zrozumiałe, że aby się wypowiedzieć co do możliwości tego związku, trzeba wiedzieć, czy wogóle zachorowanie może być spowodowane urazem.

Oprócz tego do ustalenia urazowego pochodzenia cierpienia Pietrzykowski żąda, żeby istniał niewątpliwy związek z urazem pod względem zarówno m i e j s c a, jak i c z a s u rozwoju procesu chorobowego.

Jeżeli nawet spotykamy przypadki, które pod względem ustalenia urazowego pochodzenia nie nastręczają trudności (np. pneumotoraks wskutek rozerwania płuca albo wada serca wskutek rozerwania zastawki przy urazie serca), to jednak w wielu wypadkach jest nader trudnem, a nawet niemożliwem ściśle ustalić „niewątpliwy związek z urazem pod względem miejsca i czasu rozwoju procesu chorobowego". Do tych wypadków należy urazowe pochodzenie nowotworów i torbieli różnych organów, w szczególności urazowe pochodzenie torbieli trzustki.

W wydanych w ostatnich 20-tu latach podręcznikach chirurgji, terapji i traumatologji Tichowa, Pels-Lensdaua, Kehrera, Wallsteina, Meringa, Bumma, Grosera, Hirscha i innych zagadnienie torbieli trzustki po urazie jest prawie nie poruszane. Wszyscy autorzy ograniczają się do mniej lub więcej krótkich cytat z pracy Körte (1898 r.). Tak np. w szczegółowych wykładach o nieszczęśliwych wypadkach Bumma torbieli trzustki poświęcone jest jedno tylko zdanie „po urazie obserwowano uszkodzenia trzustki".

W piśmiennictwie sądowo-lekarskiem nie udało się nam również znaleść odpowiednich przypadków, wszystko to właśnie tłumaczy opublikowanie naszego.

25. II. 1928 r. 34-letni Cz. w stanie mocnego upicia się podczas snu uległ pobiciu: bito go i kopano nogami po brzuchu, plecach, krzyżu. Poszkodowany nie pamięta, kto i jak odwiózł go do domu. Przybył tegoż dnia cyrkułowy pomocnik lekarza znalazł na brzuchu na poziomie pępka podbiegnięcie krwawe średnicy ok. 3 cm.

Nazajutrz Cz. nie mógł wstać z łóżka z powodu silnego bólu całego ciała. Następnych dni, podług słów Cz. zjawiła się gorączka, złe samopoczucie, czuł się źle i nie mógł on już wykonywać zwykłej swej pracy włościańskiej.

13 marca, t. j. po 16 dniach od czasu pobicia Cz. pojechał do miejskiej lecznicy (30 wiorst od wioski) z powodu rozdęcia brzucha i ogólnego złego samopoczucia. Lekarz-terapeuta określił ,,meteoryzm" i przepisał salol. Ogólny stan chorego nie nasuwał żadnych obaw i chory, pomimo uporczywych próśb, nie został przyjęty do szpitala.

12. IV. na żądanie sądziego śledczego do Cz. pojechała doktorka, która znalazła co następuje: chory w łóżku w pozycji napół siedzącej, skarży się na utrudnione oddychanie, mdłości, wymioty i zaparcie stolca. Według słów Cz. choroba jego zaczęła się po pobiciu, t. j. od 25. II; do tego dnia on jakoby na nic nie chorował i u nikogo się nie leczył. Ostatnie 6—7 dni chory wcale nie przyjmuje pokarmu, ponieważ to powoduje wymioty, pije tylko trochę wody.

S t a n o b e c n y: Chory średniego wzrostu, odżywienia mocno upośledzonego, ciepłota normalna, tętno 92, w płucach żadnych zmian nie stwierdzono. Obrzęk nóg. Brzuch wyraźnie powiększony po lewej stronie od linji środkowej. Przy palpacji — bólu żadnego, przy opukiwaniu — dźwięk tępy. W orzeczeniu wypowiedziano przypuszczenie, że ma miejsce nowotwór jamy brzusznej i stąd jest koniecznem skierowanie chorego do szpitala chirurgicznego.

13. IV. chory przybył do szpitala, gdzie po szeregu badań postawiono rozpoznanie: torbiel trzustki.

W moczu znaleziono: białka 0,066%. ślady krwi, cukier 1,68%. Chory nie zgodził się na operację, chociaż wyraził na nią zgodę w domu, zresztą był tak osłabiony, że zabieg operacyjny mógł być niebezpieczny. Wskutek tego dla zmniejszenia cierpień chorego i zapobieżenia samoistnemu rozerwaniu się torbieli zdecydowano się uciec do starego, nie całkiem bezpiecznego i obecnie już zaniedbanego sposobu, t. j. do przekłucia torbieli przez ściankę brzuszną i do opróżnienia jamy torbielowej. Przekłucia dokonano cienką igłą, używaną zwykle do wewnątrz-mięśniowych zastrzykiwań. Pod dużem ciśnieniem wypuszczono 2.500 k. c. jasnego biało-żółtego płynu. Przy badaniu płynu stwierdzono: ciężar gat. 1.030, osad duży, cukru niema, dużo ciałek czerwonych i komórek nabłonkowych.

Po tym zabiegu samopoczucie chorego znacznie się poprawiło, zaczął on przyjmować pokarm i stał się nieco silniejszym.

20. IV. wskutek ponownego nagromadzenia się płynu i pogorszenia się ogólnego stanu dokonano powtórnego nakłucia, na ten raz już troakarem, przyczem wypuszczono 1.200 k. c. takiego jak i poprzednio płynu.

Wreszcie chory wyraził zgodę na operację, gdyż przekonał się, że przekłucia dają tylko chwilowe polepszenie. Zabieg został dokonany 25.IV. przez chirurga B. B. Szarbe w asyście autorki, pod skopolaminą-morfiną. Za pomocą troakaru wypuszczono z torbieli 2.000 k. c. płynu, poczem otwarto torbiel. Wewnętrzna jej powierzchnia była szorstka, tkanka nader wiotka, łatwo się rwie, ligatury ją przecinają i krwawienie trudno było zatrzymać. Wskutek tego trzeba było zaniechać całkowitego lub częściowego wycięcia torbieli. Brzegi torbieli zostały poprostu wszyte w ranę brzuszną; górna część tej ostatniej została zaszyta warstwami, a do dolnej wprowadzono drenaż. Kawałek wyciętej tkanki z powodów od nas niezależnych nie został zbadany histologicznie.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Z torbieli obficie wydzielał się płyn, silnie drażniący brzegi rany. 11 maja, t. j. w siedemnaście dni po operacji został usunięty drenaż, a 14 maja przetoka całkowicie się zamknęła. Badanie moczu 6 maja wykazało: brak cukru i krwi, ślady białka. Stolec jak do, tak i po operacji zawsze tylko po lewatywie. Chory znacznie utył i 29 maja opuścił szpital, jako klinicznie wyleczony.

Władze śledcze interesowało pytanie, czy to schorzenie było następstwem pobicia, któremu Cz. uległ 25. II. 1928 r., czy też było to cierpienie samoistne.

Odpowiedź winna być albo pozytywną, albo negatywną, w przeciwnym bowiem razie nie miałaby ona dla śledztwa i sądu żadnego znaczenia.

W pierwszym wypadku oskarżony ulega według K. K. pozbawieniu wolności do lat 8, w drugim do jednego roku.

Jak już była o tem mowa wyżej, piśmiennictwo w danej sprawie jest bardzo skąpe. Tak np. Grazer mówi: ,,Pod wpływem urazu, który podziałał bezpośrednio na dziedzinę żołądka, może nastąpić wylew krwi do trzustki albo jej martwica u specjalnie usposobionych otyłych jednostek". Inni autorzy uważają odosobnione uszkodzenie trzustki pod działaniem tępych narzędzi za mało prawdopodobne wskutek samego już ukrytego jej położenia; chyba wyjątkowo silny ucisk może przygnieść trzustkę do kręgosłupa i spowodować rozerwanie lub naderwanie tkanki gruczołowej.

Jeszcze inni zaliczają uszkodzenie trzustki do zjawisk rzadkich,

możliwych jedynie wtedy, gdy uderzenia dotyczą środka brzucha. Po większej części następuje tu śmierć wskutek wstrząsu albo krwotoku.

Szereg starszych autorów na podstawie dokonanych doświadczeń wypowiada pogląd, że uszkodzenia trzustki tępemi i ostremi narzędziami przy braku zakażenia i przy ustaniu krwotoku mogą się zagoić, przyczem zgnieciona tkanka gruczołu zostaje wessana.

Körte w klasycznej swej pracy o uszkodzeniu trzustki zebrał na 121 operowanych torbieli 33 przypadki, gdzie stwierdzono poprzedzający uraz (przejechanie, uderzenie w brzuch, uderzenie przez konia, w jednym wypadku nawet zbyt energiczny masaż brzucha). Utrzymuje on, że uraz jak i sprawy zapalne tkanki gruczołowej mogą spowodować powstanie torbieli.

Wracając do naszego przypadku, stwierdzamy, co następuje:

Chory nie był od pierwszych dni pod obserwacją lekarza i wskutek tego całkiem niemożliwe jest ustalić, jakie objawy miały miejsce w pierwszych dniach po urazach. Lekarz prywatny przy ustalaniu pochodzenia choroby opiera się w znacznym stopniu na oświadczeniu chorego — jest ono szczere, pełne zaufania, chory chętnie informuje lekarza o wszystkiem, albowiem pragnie znaleść u niego wyzdrowienie.

Lekarz sądowy znajduje się w innej, nader trudnej sytuacji: dążąc do wyzyskania swego położenia i do możliwie największego zaszkodzenia przeciwnikowi, poszkodowany lekarzowi sądowemu daje niezupełne, a czasem i niezgodne z prawdą informacje o stanie swego zdrowia przed urazem i o objawach w pierwszych dniach po urazie. Wskutek tego zeznania poszkodowanego mają dla lekarza sądowego niewielkie znaczenie, o ile nie znajdują one potwierdzenia w objektywnych danych. Zeznania świadków, że chory przed pobiciem „był zdrów i pracował jak wszyscy", nie mają, naturalnie, żadnej wartości. Wykonywanie codziennej pracy nie wyłącza możności utajonego rozwoju jakiejś choroby, w szczególności torbieli, ponieważ wiadomo, że ta ostatnia początkowo nie wywołuje żadnych subjektywnych zaburzeń: dopiero wzrost torbieli i spowodowane tem ogólne zaburzenia zmuszają chorego szukać pomocy lekarza.

W danym przypadku poszkodowany Cz. przy badaniu przez lekarza sądowego w obecności sędziego śledczego oświadczył, że przed pobiciem nigdy na nic nie chorował, prywatnemu zaś lekarzowi oznajmił, że przed pobiciem często doznawał uczucia ciężaru w dołku, zgagi, bólu i z tej racji zwracał się do cyrkułowego pomocnika lekarza (felczera).

Biorąc pod uwagę, że Cz. nadużywał trunków i cierpiał na chroniczny nieżyt żołądka, jest możliwe, że odpowiedni grunt dla rozwoju torbieli istniał i przed urazem i że rozwijała się ona niezależnie od urazu.

Podbiegnięcia krwawe, znalezione na brzuchu Cz., nie dają nam żadnego pojęcia o sile uderzeń i nie są dowodem niewątpliwej zależności choroby Cz. od urazu, gdyż mogą one powstać i przy lekkiem pobiciu, a może ich nie być przy dużych uszkodzeniach. Tak np. w innym naszym wypadku stwierdzono rozległe wylewy krwawe na okrężnicy i rozdarcie naczyń krezki, na powłokach zaś brzusznych nie znaleziono wcale wylewów krwawych.

Cz. podczas pobicia leżał i żołądek był wypełniony pokarmem, co, zdaniem Grazera, wyłącza możliwość odosobionego uszkodzenia trzustki. Wreszcie uderzenia w brzuch spotykamy dość często, a torbiele trzustki — rzadko; częściej natomiast wskutek uderzeń w brzuch występują uszkodzenia żołądka, wątroby, śledziony, przepony, przepukliny przeponowe etc.

Należy jednak stwierdzić, że nieżyt żołądka u Cz. mógł nie odgrywać żadnej roli w rozwoju torbieli. Szybkość natomiast wzrostu torbieli, zdaniem niektórych autorów, jest charakterystyczna dla jej urazowego pochodzenia.

Cz. zauważył wzdęcie brzucha po raz piewszy 13. III. i z tego powodu zwrócił się do lekarza, a po upływie 30 dni, t. j. 12. IV. zostają zauważone ciężkie objawy ucisku żołądka i kiszek przez wydatnie powiększoną torbiel pojemności 3.000 k. c. Określenie anatomicznej budowy torbieli nawet przez badanie histologiczne, jako też pomyślny wynik operacji również nie rozstrzygają sprawy związku torbieli z urazem. Wobec powyższego przychodzimy do następujących wniosków: za urazowym pochodzeniem torbieli trzustki przemawia szybki jej rozrost. Ponieważ torbiel umiejscowiła się w ogonowej części trzustki, uboższej w naczynia, można przypuścić, że uderzenia w brzuch wywołały jedynie zmiażdżenie tkanki ogona gruczołu, przewodów i utworzenie się torbieli. Jest jednak mało prawdopodobnem, żeby uderzenia nogami kilku ludzi dały takie nieznaczne i zupełnie izolowane uszkodzenia gruczołu.

Przeciw urazowemu pochodzeniu torbieli przemawia brak ostrych objawów chorobowych, któreby zaraz po pobiciu zmusiły Cz. szukać natychmiastowej pomocy lekarskiej. Jeszcze 13. III. stan jego nie nasuwa doświadczonemu lekarzowi ambulatoryjnemu żadnych obaw.

Pewnych dowodów co do ustalenia niewątpliwego związku między schorzeniem trzustki a uprzednim urazem nie posiadamy.

W drugim przypadku uszkodzenia trzustki, któryśmy obserwowali przed niejakimś czasem, związek ten był zupełnie oczywisty.

Okoliczności sprawy:

Tatar X. lat 32, 9. V. został zatrzymany przez milicję w stanie ciężkiego upicia się i umieszczony w izbie dla otrzeźwienia, gdzie o go-

dzinie 6 wieczorem przez współtowarzysza został uderzony nogą w brzuch. Poszkodowany w chwili uderzenia stał. Nie udało się ustalić, ile czasu upłynęło między ostatnim przyjęciem pokarmu, a tem uderzeniem.

10. V. o 9 rano X. został wypuszczony z milicji. Otrzymując z powrotem odebrane papiery, X. skarżył się dyżurnemu urzędnikowi na ból w brzuchu. Urzędnik radził mu udać się do ambulatorjum.

Podług zasiągniętych informacyj X. do ambulatorjum się nie zwracał. O 4-ej tegoż dnia został on odwieziony do szpitala w stanie ciężkim; po drodze do szpitala miał dwa razy wymioty.

Przy przyjęciu znaleziono (wyciąg z historji choroby): chory jęczy z bólu, trzyma się w pozycji zgiętej. Tętno średnio wypełnione 92 na minutę, tony serca czyste, ciepłota 37,8. Język wilgotny, obłożony. Powłoki brzuszne naprężone, zwłaszcza z prawej strony; bóle przy ucisku z prawej strony pępka. Tegoż dnia, t. j. 10. V., dokonano otwarcia jamy brzusznej pod chloroformem. Na okrężnicy znaleziono wylewy krwawe, przytem stwierdzono rozerwanie naczyń krezki i niewielką ilość krwi w jamie brzusznej. Naczynia podwiązano i ranę skórną zeszyto.

11. V. temperatura 38. Chory w malignie. Kilka razy występowały wymioty, tętno 120. O 6-ej wieczorem czkawka.

12. V. Ciepłota 37,1. Rano kilka razy wymioty, tętno niewyczuwalne. Silne bóle całego brzucha. Żółtaczka. O 4-ej popołudniu chory zmarł.

Przy oględzinach sądowo-lekarskich, dokonanych 13. V., stwierdzono co następuje (podano tylko zmiany istotne):

Wzrost średni, budowa ciała prawidłowa. W jamie brzusznej ok. 100 cm^3 płynnej krwi. Otrzewna bez zmian, poprzecznica i jelito wstępujące zasinione bardzo znacznie, jelito zstępujące i cienkie bez zmian. W obrębie krezki jelita poprzecznego obfite wylewy krwawe, w dwunastnicy krew płynna. Główka trzustki z ciałem jest połączona tylko małym powrózkiem; miąższ główki ciemnosinego koloru; w przewodzie trzustki i wspólnym — sporo skrzepłej krwi, zamykającej i rozszerzającej te przewody. Pozatem miąższ trzustki, z wyjątkiem sinego zabarwienia, zmian nie wykazuje. W innych narządach zmian pourazowych nie stwierdzono.

Wnioski.

Po 15 godzinach od czasu otrzymania uderzenia wystąpił lekki ból w brzuchu, który ok. godziny 4-ej wzrósł do takiego stopnia, że chorego musiano odwieźć do szpitala, gdzie natychmiast dokonano operacji, gdyż przypuszczano rozerwanie bądź jelita, bądź wątroby, stwierdzono natomiast rozdarcie naczyń krezki poprzecznicy i wylewy krwi.

do ścianek jelita grubego w części wstępującej i poprzecznicy. Rozerwania trzustki nie zauważono; objawy ostrego zapalenia trzustki trwały i po operacji. Krew, która się wylała do gruczołu, doprowadziła do żółtaczki i śmierci.

Przypadek ten świadczy, że przy silnem uderzeniu w brzuch narzędziem tępem może wystąpić rozerwanie trzustki bez uszkodzenia wątroby i większych uszkodzeń jelit i bez śladów uszkodzeń na powłokach brzusznych. Ma się naogół wrażenie, że urazowe uszkodzenia trzustki częściej powodują szybki zgon wskutek krwotoku i wstrząsu, niż wywołują w następstwach torbiele trzustki.

STRESZCZENIA.

O. ELO.

SAMOBÓJSTWA I SAMOBÓJCY W FINLANDJI.

Zeitschrift f. d. ges. gerichtl. Medizin 17 Band 4/5 Heft.

Od r. 1905 do 1927 popełniono w Finlandji 7629 samobójstw, przytem mężczyźni stanowili przeciętnie 80% samobójców, kobiety — 20%. Ilość samobójstw stale wzrasta, a w ciągu ostatniego dziesięciolecia podwoiła się, podczas wojny europejskiej uległa zmniejszeniu, w r. 1918 — roku wojny domowej — znacznie się podniosła; wzrost ten w niektórych okręgach kraju wynosił 70% a nawet i 255% w stosunku do 1917 r. Zjawisko to należy tłumaczyć tem, że w tych właśnie okręgach szczególnie szalała wojna domowa; po zwycięstwie klas posiadających duża ilość zwyciężonych wpadła w depresję i nie czekając na sądy i wyroki, sama pozbawiała się życia. Na 100.000 ludności ilość samobójstw wynosiła w 1905 r. 5,6 (jeden samobójca na 17.852 mieszkańców); w r. 1927 — 17,4 (jeden samobójca na 5.835 mieszkańców). Najczęściej stwierdzano samobójstwa w maju, najrzadziej w zimowych miesiącach — grudniu, styczniu, lutym. Co się tyczy rodzaju samobójstw, przedstawiały się one jak następuje: śmierć przez powieszenie 42,2% (m. 44,8%; k. 30,9%); postrzały 30,4% (m. 35,8%; k. 7,6%); utonięcie 10,5% (m. 6,8%; k. 26,5%) otrucie 9,1% (m. 9,1%; k. 9%), rany cięte i kłute 3,2% (m. 3,5%; k. 2,7%), śmierć przez jechanie 2,2% (m. 2,2%; k. 2,4%).

Sposoby pozbawiania się życia w miastach i wsiach nie różniły się zbytnio u mężczyzn, u kobiet zaś otrucie stało w miastach na pierwszem miejscu. Autor zastanawia się dłużej nad samobójstwami w Helsingforsie. Od r. 1905 do 1928 włącznie w zakładzie medycyny sądowej dokonano 923 oględzin zwłok samobójców, w tem 736 mężczyzn i 187 kobiet. Najczęściej popełniano samobójstwa między 31 a 50 rokiem życia, (mężczyźni w 44%, kobiety w 41%). Co do rodzaju samobójstw u mężczyzn na pierwszem miejscu znajduje się postrzelenie (40%) i powieszenie (38%), u kobiet otrucie (50%) i powieszenie (16%). Z trucizn niezależnie od płci najczęściej były stosowane karbollizol (30 — 53%), dalej morfina, weronal i inne. Jest rzeczą ciekawą, że tak często używana w Warszawie esencja octowa w Helsingforsie daje zaledwie 1% przypadków zatruć. 50% kobiet popełniły zamachy samobójcze przez otrucie w okresie klimakterjum (40 — 50 latach). Kobiety pozbawiały się życia w okresie menstruacji w 23,5% przypadków (według naszej statystyki w 32%), w okresie ciąży — 9,6% (według naszych danych w 8%); torbiele jajników znaleziono

w 18,7%, na choroby psychiczne cierpiały 5,4%, na inne choroby 42,8%. Mężczyźni umysłowo chorzy znacznie częściej pozbawiali się życia za pomocą ran (szczególnie poderżnięcia szyi) niż zdrowi umysłowo samobójcy, również śmierć przez utonięcie spotykano częściej u chorych psychicznie niż u zdrowych.

Przeciętna waga mózgu samobójców wynosiła u mężczyzn 1545, u kobiet 1377, (autor nie podaje przeciętnej wagi mózgu tej samej grupy wieku zmarłych z innych powodów). W 26% przypadków autor znalazł niestosunek pomiędzy objętością czaszki a mózgu. Dość często autor notuje obecność stanu grasiczo-chłonnego u samobójców, nie uwzględnia on jednak nowszych zapatrywań na ten stan i nie podaje własnych badań porównawczych co do istnienia jego w przypadkach innych nagłych zgonów.

Zastanawiając się nad przyczynami samobójstw, autor dużo uwagi poświęca alkoholizmowi i psychopatji, upatrując w nich jedną z głównych przyczyn samobójstw, podkreśla jednak, że celem poznania samobójstwa należy przedewszystkiem badać samych samobójców.

W 77przypadkach autor zbadał samobójców według podziału Kretschmera i stwierdził przytem, że w 72% były to typy czyste: atletycy w 45,6%, leptosomy w 40,4%, piknicy w 8,8%, dysplastycy w 5,2%, mieszane typy w 28%. Uderza tu mała ilość pikników, tembardziej wydaje się to dziwnem, że osobnicy zapadający na psychozę maniakalno-depresyjną, która daje dużą skłonność do samobójstw, przeważnie należą do grupy pikników. Schizoidy więcej niż cykloidy są predysponowani do samobójstwa.

W. Grzywo-Dąbrowski

Dr. U. DORNEDDEN.

SAMOBÓJSTWA W NIEMCZECH.

Deutsche Med. Wochenschr. 1931/41.

W Niemczech w r. 1929 w poszczególnych prowincjach ilość samobójstw w stosunku na 100.000 mieszkańców przedstawiała się jak następuje: Prusy — 25; Bawarja — 18; Saksonja — 41; Würtenberg — 23; Baden — 26; Thüringen — 37; Hessen — 24; Hamburg — 39; Mecklenburg-Schwerin — 23; katolicka i religijna Bawarja dała najmniejszą liczbę samobójstw.

Z miast na czele stoi Berlin z 42 samobójstwami na 100.000; ilość ta stoi w prostym stosunku do gęstości zaludnienia. W gminach ze 100.000 i więcej mieszkańców było 30 samobójstw na 100.000, w gminach od 15.000 do 30.000— 23 samobójstwa.

Ilość samobójstw mężczyzn rośnie gwałtownie i szybko, kobiet — wolniej, ale więcej systematycznie, szczególnie w latach powojennych, co należy tłumaczyć większym udziałem kobiet w pracy przemysłowej.

W 1929 r. było samobójstw mężczyzn 16.665, kobiet 4.829; w obliczeniu na 100.000 tejże płci — mężczyzn 38, kobiet 15. Przy obliczeniu ilości samobójstw w stosunku do 100.000 ludności tejże grupy wieku wypadło w r. 1929, że najczęściej popełniają samobójstwa osoby powyżej lat 70 (m. 97, k. 31), potem 60 — 70 rok życia (m. 83, k. 26); 30 — 60 rok życia (m. 51, k. 19) i wreszcie 15 — 30 rok życia (m. 37, k. 14).

Szczególnie duża ilość samobójstw w wieku powyżej lat 70 przypadła bez względu na płeć w r. 1925 — okres inflacji. W latach 1926 — 29 wzrosła ilość

samobójstw wskutek powiększającego się bezrobocia i t. p. A stąd wniosek, że częstość samobójstw jest do pewnego stopnia wskaźnikiem gospodarczym.

W. D.

Dr. MARJA GRZYWO-DĄBROWSKA.

SAMOBÓJSTWA MŁODZIEŻY SZKOLNEJ W POLSCE OD 1909 DO 1930 R.

(sprawozdanie z odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Lek. Szkolnych, dn. 22.10.31).

Praca „samobójstwa młodzieży szkolnej" opiera się na danych ankiety, zorganizowanej przez Wydział Higjeny Szkolnej. Materjał obejmuje 129 przypadków samobójstw (w tem 107 chłopców i 22 dziewcząt) popełnionych między 1909 — 1930 r.

Wiek samobójców waha się od 9 lat do 23, najczęstsze wypadki między 17 a 19 rokiem życia; przeważająca część młodzieży szkolnej stanowiącej materjał ankiety, są to uczniowie szkół średnich, jednak nie mając danych, dotyczących ilości uczniów, uczęszczających do poszczególnych typów szkół, nie możemy wyciągać żadnych wniosków.

Stan materjalny rodziców był w 25% zgórą lepszy, niż średni, co wobec pewności niemal, że młodzież zamożna w szkołach stanowi nie więcej, niż 10% ogólnej liczby uczniów, świadczy, że samobójstwa wśród zamożnej młodzieży są znacznie częstsze, niż wśród ubogiej i średnio zamożnej.

Najczęstszy sposób wykonania samobójstwa: u chłopców—strzał, u dziewcząt otrucie.

W większości przypadków samobójstw młodzieży szkolnej znajdujemy b. poważne przyczyny zewnętrzne: brak ciepła rodzinnego, złe stosunki domowe, często równocześnie złe warunki materjalne oraz złe postępy.

Niekiedy nie stwierdzamy poważnych przyczyn zewnętrznych; ostateczny powód bywa nieraz błahy. W tych wypadkach bardziej niż w innych zmuszeni jesteśmy obwiniać przyczyny, wypływające z natury samych dzieci.

W 18 — 20% wypadków materjał stwierdza, że samobójcy nie byli zdrowi psychicznie.

Racjonalne wychowanie młodzieży, obejmujące jako conditio sine qua non kształcenie charakteru jest podstawą walki z samobójstwem młodzieży.

Dla osiągnięcia możliwie dobrych wyników konieczna jest współpraca domu ze szkołą.

W. D.

CHAVIGNY.

ZNACZENIE ODURZENIA ALKOHOLOWEGO W MEDYCYNIE SĄDOWEJ-

Annales de Médecine Légale. 1931.

Lekarz sądowy jest bardzo często powołany do wypowiedzenia się co do stanu trzeźwości danego osobnika zwłaszcza jeżeli chodzi o wypadki związane z ruchem ulicznym. Sędzia w tych przypadkach zwykle pyta biegłego o zawartość

alkoholu we krwi danego osobnika. Przy popełnianiu przestępstw również ważną jest rzeczą określić stopień odurzenia alkoholowego zbrodniarza lub ofiary.

Stwierdzono doświadczalnie na psach, że 1 — 2 cm. alkoholu na kg. wagi nie wywołują żadnych uchwytnych zmian w zachowaniu się zwierzęcia. 3 cm. sześc. wywołują stan lekkiego, a 4 — 6 cm. stan głębokiego odurzenia. Całkowite zaś znieczulenie i odurzenie wywołuje dawka 8 — 10 cm. na kg. wagi. Temi cyframi operują właśnie lekarze sądowi, chociaż są one raczej teoretyczne. Praktycznie stan odurzenia alkoholowego zależy nietylko od ilości alkoholu we krwi, lecz również od tolerancji osobistej. Autor podaje następujące przykłady: przy zawartości 4 cm. alkoholu we krwi (na kg. wagi) u pewnego osobnika według zgodnych zeznań świadków wcale nie był on pijanym i wykonywał rozmaite czynności. Inny znowu — przy zawartości 3 cm alkoholu we krwi, jadąc na motocyklu wpadł na wóz i zabił się na miejscu; był on prawdopodobnie nadwrażliwy na alkohol. Autor wyciąga stąd wniosek, że przy wydawaniu orzeczeń w takich przypadkach należy indywidualizować i uwzględniać osobistą wrażliwość na alkohol.

H, Walęcka.

DUVOIR ET BELOT.

PRZYPADEK CIAŁA OBCEGO W SERCU.

Annales de Médecine Légale. 1931.

Migniel, który badał skutki obecności ciał obcych (pocisków) w sercu, przychodzi do następujących wniosków: nieruchomość ciała obcego w sercu daje dość dobre rokowanie, natomiast ciała obce ruchome powodują stałe niebezpieczeństwo zatorów, pogarszają rokowanie i dlatego w takich razach przy określaniu niezdolności do pracy należy przyznawać jej najwyższy stopień.

Autorzy opisują swój przypadek. Niejaki R. był ranny w 1916 r. w okolicę dziesiątej przestrzeni międzyżebrowej. Bezpośrednio po zranieniu poczuł gwałtowne bóle w mosznie; przez osiem dni miał krwioplucie. Dolegliwości te ustąpiły wkrótce jednocześnie z zabliźnieniem rany. Po miesiącu wystąpiła duszność przy wysiłkach i bóle w okolicy serca. Prześwietlenie promieniami Rentgena wykazało ciało obce w prawej komorze serca, wskutek czego R. został zwolniony z pracy.

Obecnie zgłasza się on ze skargą na bóle w okolicy serca i stany nagłego osłabienia. Badanie kliniczne nie ujawniło żadnych zmian objektywnych prócz lekkiego przydźwięku metalicznego nad aortą. Prześwietlenie wykazało w prawej komorze obecność ciała obcego wielkości $1\frac{1}{2} \times 1$ cm. grubości paru mm. — prawdopodobnie był to odłamek płaszcza kuli, który przy skurczach serca wykazywał dość ograniczone ruchy wahadłowe. Niezdolność do pracy u tego osobnika określono na 35%, później na 25% następnie na 40%. Autorzy podają, że trudno jest ściśle określić niezdolność tego osobnika do pracy, może on pracować, musi jednak dbać o siebie i zachowywać spokój. Zabieg chirurgiczny zdaniem autora w danym przypadku jest niewskazany.

H, Walęcka.

ANOSOW.

RELIGJA I PRAWO KARNE W Z. S. R. R.

Monatschrift f. Kriminal-psychologie. XI Bd.

Przestępstw na tle religijnem w sensie dawnego prawa rosyjskiego i kodeksów karnych innych krajów nie przewiduje kodeks Z. S. R. R. polityka kościelna sowiecka zaś jest całkiem specjalna. Krassikow w dziele „Na froncie kościelnym" wyraźnie mówi, że „eksploatacja (sic.) mas.... choćby dla rządów nadziemskich autorytetów jest obcą" — wyrazowi „poczucia klasowego robotników i chłopów". Następnie zaznacza ów kierownik polityki kościelnej, że oparcie się na zasadach religji byłoby dla Z. S. R. R. „bankructwem". Art. 156 cz. IV kodeksu karnego Z. S. R. R. głosi, że „wyzyskiwanie przesądów religijnych u mas" grozi karami. Cóż to znaczy przesąd? Fałszywa wiara w coś, co nie istnieje. Art. 157 traktuje „przesądy religijne jako oszustwo. Krylenko jest za faktycznym zakazem nauczania religji w szkołach państwowych i prywatnych. Art. 159 opodatkowuje cerkwie bardzo znacznie. Jedynie art. 162 karze robotą przymusową do 6 miesięcy za przeszkadzanie w czynności spokojnym instytucjom religijnym. Kodeksy karne Uzbekistanu i Ukrainy znają jeszcze art. (163 uzbek., 125 ukr.) obcy Z. S. R. R. „zmuszenie do obecności przy ceremonjach religijnych lub do wypełniania ich pociąga za sobą pozbawienie wolności do roku" lub pracę przymusową do 6 miesięcy. Tak się traktuje „przestępstwa wobec rozdziału kościoła od państwa" w Z. S. R. R.

J, Pogonowski.

G. STERZ — ZMIANA OSOBOWOŚCI PO PRZEBYTEM ZAPALENIU MÓZGU A MORD.

Monatschrift f. Kriminal-psychologie. XI Bd.

W r. 1930 mężczyzna P. który chorował na zapalenie mózgu, zabił swoje dziecko zadając mu liczne rany na szyi i wyrwał jelita. Przed chorobą był normalny, pracowity, wesoły, ruchliwy, sportsman i gimnastyk. Po przebyciu zapalenia mózgu zrobił się niestały, nadwrażliwy, skłonny do marzeń sadystyczno - masochistycznych („na rozkaz" domniemanej władczyni przechodzi od fantazji masochistycznych do czynów sadystycznych) i zdradzał nastroje homoseksualne. Poczytalność tego człowieka uległa zmniejszeniu, co pogłębiło nadużywanie alkoholu. Eksperci przyszli do wniosku, że podczas wykonywania czynu zaszła u niego chorobliwa przerwa w czynnościach umysłowych, mająca w sensie § 51 wykluczyć wolną wolę. Zmiany organiczne w mózgu spowodowały przemianę osobowości, co stanowiło ciekawy przyczynek natury biologiczno - psychologicznej do niepoczytalności.

J, Pogonowski.

„RUCH PRAWNICZY, EKONOMICZNY I SOCJOLOGICZNY".

Wyszedł z druku 4-ty zeszyt „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego". Na treść zeszytu składają się artykuły: „Ogólne uwagi o proj. prawa małżeńskiego" — prof. Ig. Czuma; „Czy potrzeba w Polsce układać nowe prawo

hipoteczne" — not. St. Bzowski; „Istota kryzysu światowego" — prof. E. Taylor; „Kapitały obce w życiu gospodarczem Polski" — Z. Pietkiewicz. — Przegląd piśmiennictwa: 37 recenzyj i sprawozdań krytycznych z zakresu prawa, ekonomji i socjologji oraz bogata bibljografja odnośnej literatury polskiej i obcej. — Przegląd prawodawstwa: Zobowiązania międzynarodowe Polski, przez prof. J. Makowskiego. — Kronika ustawodawcza. — Sądownictwo: Przegląd orzecznictwa karnego i cywilnego Sądu Najwyższego dla wszystkich ziem polskich, Orzecznictwo Najwyższego Trybunału Administracyjnego. — Kronika gospodarcza, socjalna i samorządowa.

OTRZYMALIŚMY Nr. 3 — 4 ZAGADNIENIA KRYMINALISTYKI I MEDYCYNY SĄDOWEJ, PISMA, WYCHODZĄCEGO W CHARKOWIE W JĘZYKU RUSKIM.

Na treść tego zeszytu składają się następujące artykuły:

1. Rozwadowski. Już czas ulepszyć pracę.
2. Grodziński. Ekspertyza i jej dowodowe znaczenie.
3. Jegorow. Uchybienie w pracy sędziów śledczych.
4. Matwiejew. Ustalenie tożsamości podpisów.
5. N. N. Bokarius. W sprawie próby Teichmana.
6. Kapłan. Nowa modyfikacja otrzymywania kryształków jodhematyny z plam krwi.
7. Iwanicka. W sprawie próby Kosiakowa.
8. Rozenberg. Odróżnienie poszczególnych gatunków krwi za pomocą odczynu precypitacyjnego.
9. Ziuskin. Fotografowanie kul.
10. Pawlenko. Przyrząd do badania kul.
11. M. Urzeczywistnienie fantazji.
12. Danilewski. Daktyloskopja jako sposób rejestracji i ustalenia osoby przestępcy.
13. Momot. Przykład graficznego przedstawienia sprawy.
14. Iwanow. Walizka podręczna ajenta śledczego.
15. P. W sprawie podręcznej walizki.
16. Piśmiennictwo. Kronika.

SUDZIEBNO - MIEDICYNSKAJA EKSPIERTIZA. 1931 N. XV.

1. Wongrodzkij. 50 lat działalności lekarskiej.
2. Gettker i Larionow. W sprawie wyeliminowania nieswoiście precypitujących surowic.
3. Kapłan. Nowe dane z dziedziny elektropatologji, mające znaczenie dla medycyny sądowej.
4. Miszczenko. Wygląd ran postrzałowych i zniekształcenie kul przy strzałach z obciętych karabinów.
5. Stadnickij. Różnice pomiędzy zmianami kiłowemi a urazowemi na kościach czaszki.
6. Matwejew. Badanie rozbitej i przestrzelonej szyby z punktu widzenia sądowo - lekarskiego.

Kronika sądowo - lekarska.
Głazow i Polańskij. Zatrucie arsenowodorem.
Awdziejew. Rzadki przypadek samobójstwa.
Iljin. Trzy przypadki amnezji wstecznej u odratowanych wisielców.
Leontjew. Przypadek zatrucia chloroformem.
Hitrow. Przypadek tamponady serca.
Nelidow. Przegląd sowietskiego prawodawstwa.
Streszczenia.
Sprawozdanie z I-go Zjazdu Syberyjskiego Ekspertów Sądowych.

„Lekarz Polski"

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY
SPRAWOM ZAWODU LEKARSKIEGO,
USTAWODAWSTWA SANITARNEGO
I ADMINISTRACJI SANITARNEJ
ORAZ MEDYCYNIE SPOŁECZNEJ

POD REDAKCJĄ
D-ra Med. WITOLDA BORKOWSKIEGO

WYDANIA VII ROK